

特掲診療料の施設基準等及びその届出に関する手続きの取扱いについて

(令和 2 年 3 月 5 日保医発 0305 第 3 号)

第 2 届出に関する手続き

4 届出に当たっては、当該届出に係る基準について、特に定めがある場合を除き、実績期間を要しない。

(3) 在宅腫瘍治療電場療法指導管理料、長期脳波ビデオ同時記録検査 1、光トポグラフィー、終夜睡眠ポリグラフィー（1 及び 2 以外の場合）（安全精度管理下で行うもの）、筋電図検査（単線維筋電図（一連につき））、骨移植術（軟骨移植術を含む。）（自家培養軟骨移植術）、~~後縦靱帯骨化症手術（前方進入によるもの）~~、脳腫瘍覚醒下マッピング加算、網膜付着組織を含む硝子体切除術（眼内内視鏡を用いるもの）、人工中耳植込術、人工内耳植込術、植込型骨導補聴器移植術、植込型骨導補聴器交換術、鏡視下咽頭悪性腫瘍手術（軟口蓋悪性腫瘍手術を含む。）、鏡視下喉頭悪性腫瘍手術、乳腺悪性腫瘍手術（乳輪温存乳房切除術（腋窩郭清を伴わないもの）及び乳輪温存乳房切除術（腋窩郭清を伴うもの））、胸腔鏡下拡大胸腺摘出術（内視鏡手術用支援機器を用いる場合）、胸腔鏡下縦隔悪性腫瘍手術（内視鏡手術用支援機器を用いる場合）、胸腔鏡下良性縦隔腫瘍手術（内視鏡手術用支援機器を用いる場合）、胸腔鏡下肺悪性腫瘍手術（区域切除又は肺葉切除又は 1 肺葉を超えるもので内視鏡手術用支援機器を用いる場合）、生体部分肺移植術、胸腔鏡下食道悪性腫瘍手術（内視鏡手術用支援機器を用いる場合）、縦隔鏡下食道悪性腫瘍手術（内視鏡手術用支援機器を用いる場合）、経皮的冠動脈形成術（特殊カテーテルによるもの）、胸腔鏡下弁形成術、胸腔鏡下弁形成術（内視鏡手術用支援機器を用いる場合）、胸腔鏡下弁置換術、経カテーテル大動脈弁置換術、経皮的僧帽弁クリップ術、胸腔鏡下動脈管開存閉鎖術、不整脈手術（左心耳閉鎖術）（経カテーテル的手術によるもの）、磁気ナビゲーション加算、経皮的中心隔心筋焼灼術、ペースメーカー移植術（リードレスペースメーカーの場合）、両心室ペースメーカー移植術（心筋電極の場合）及び両心室ペースメーカー交換術（心筋電極の場合）、両心室ペースメーカー移植術（経静脈電極の場合）及び両心室ペースメーカー交換術（経静脈電極の場合）、植込型除細動器移植術（心筋リードを用いるもの）及び植込型除細動器交換術（心筋リードを用いるもの）、植込型除細動器移植術（経静脈リードを用いるもの又は皮下植込型リードを用いるもの）及び植込型除細動器交換術（その他のもの）、経静脈電極抜去術、両室ペーシング機能付き植込型除細動器移植術（心筋電極の場合）及び両室ペーシング機能付き植込型除細動器交換術（心筋電極の場合）、両室ペーシング機能付き植込型除細動器移植術（経静脈電極の場合）及び両室ペーシング機能付き植込型除細動器交換術（経静脈電極の場合）、経皮的循環補助法（ポンプカテーテルを用いたもの）、補助人工心臓、小児補助人工心臓、植込型補助人工心臓（非拍動流型）、内視鏡下下肢静脈瘤不全穿通枝切離術、腹腔鏡下十二指腸局所切除術（内視鏡処置を併施するもの）、腹腔鏡下胃切除術（内視鏡手術用支援機器を用いる場合）、腹腔鏡下噴門側胃切除術（内視鏡手術用支援機器を用いる場合）、腹腔鏡下胃全摘術（内

視鏡手術用支援機器を用いる場合）、腹腔鏡下胃縮小術（スリーブ状切除によるもの）、腹腔鏡下胆道閉鎖症手術、腹腔鏡下肝切除術、生体部分肝移植術、腹腔鏡下膵腫瘍摘出術、腹腔鏡下膵体尾部腫瘍切除術、腹腔鏡下膵体尾部腫瘍切除術（内視鏡手術用支援機器を用いる場合）、腹腔鏡下膵頭部腫瘍切除術、腹腔鏡下膵頭部腫瘍切除術（内視鏡手術用支援機器を用いる場合）、同種死体膵島移植術、生体部分小腸移植術、早期悪性腫瘍大腸粘膜下層剥離術、腹腔鏡下直腸切除・切断術（内視鏡手術用支援機器を用いる場合）、腹腔鏡下腎悪性腫瘍手術（内視鏡手術用支援機器を用いるもの）、腹腔鏡下腎盂形成手術（内視鏡手術用支援機器を用いる場合）、生体腎移植術、腹腔鏡下膀胱悪性腫瘍手術、腹腔鏡下膀胱悪性腫瘍手術（内視鏡手術用支援機器を用いる場合）、腹腔鏡下小切開膀胱悪性腫瘍手術、腹腔鏡下前立腺悪性腫瘍手術、腹腔鏡下前立腺悪性腫瘍手術（内視鏡手術用支援機器を用いるもの）、腹腔鏡下仙骨腔固定術、腹腔鏡下仙骨腔固定術（内視鏡手術用支援機器を用いる場合）、腹腔鏡下腔式子宮全摘術（内視鏡手術用支援機器を用いる場合）、腹腔鏡下子宮悪性腫瘍手術（子宮体がんに限る。）、腹腔鏡下子宮悪性腫瘍手術（子宮頸がんに限る。）、腹腔鏡下子宮悪性腫瘍手術（子宮体がんに対して内視鏡手術用支援機器を用いる場合）、高エネルギー放射線治療、1回線量増加加算、並びに強度変調放射線治療（IMRT）、腎代替療法指導管理料並びに導入期加算 1 及び 2に係る年間実施件数

(14) 調剤基本料の注 7-6に規定する保険薬局

届出前3月間の実績にて判定すること。

- 6 届出の要件を満たしている場合は届出を受理し、次の受理番号を決定し、提出者に対して受理番号を付して通知するとともに、審査支払機関に対して受理番号を付して通知するものであること。

歯科疾患管理料の注 11 に掲げる総合医療管理加算及び歯科治療時医療管理料

	(医管) 第	号
ウイルス疾患指導料	(ウ指) 第	号
<u>外来栄養食事指導料の注 2</u>	<u>(外栄食指) 第</u>	<u>号</u>
喘息治療管理料	(喘管) 第	号
心臓ペースメーカー指導管理料の注 5 に掲げる遠隔モニタリング加算	(遠隔ペ) 第	号
糖尿病合併症管理料	(糖管) 第	号
がん性疼痛緩和指導管理料	(がん疼) 第	号
がん患者指導管理料イ	(がん指イ) 第	号
がん患者指導管理料ロ	(がん指ロ) 第	号
がん患者指導管理料ハ	(がん指ハ) 第	号
がん患者指導管理料ニ	(がん指ニ) 第	号
外来緩和ケア管理料	(外緩) 第	号
移植後患者指導管理料（臓器移植後）	(移植管臓) 第	号
移植後患者指導管理料（造血幹細胞移植後）	(移植管造) 第	号
糖尿病透析予防指導管理料	(糖防管) 第	号

小児運動器疾患指導管理料	(小運指管) 第	号
乳腺炎重症化予防 ケア ・ <u>ケア</u> 指導料	(乳腺ケア) 第	号
婦人科特定疾患治療管理料	(婦特管) 第	号
腎代替療法指導管理料	(腎代替管) 第	号
小児科外来診療料	(小外診) 第	号
地域連携小児夜間・休日診療料 1	(小夜 1) 第	号
地域連携小児夜間・休日診療料 2	(小夜 2) 第	号
地域連携夜間・休日診療料	(夜) 第	号
院内トリアージ実施料	(トリ) 第	号
夜間休日救急搬送医学管理料の注 3 に掲げる救急搬送看護体制加算	(救搬看体) 第	号
外来放射線照射診療料	(放射診) 第	号
地域包括診療料	(地包診) 第	号
小児かかりつけ診療料	(小か診) 第	号
ニコチン依存症管理料	(ニコ) 第	号
療養・就労両立支援指導料の注 3 に掲げる相談支援加算	(両立支援) 第	号
開放型病院共同指導料	(開) 第	号
別添 1 の「第 9」の 1 の (1) に規定する在宅療養支援診療所	(支援診 1) 第	号
別添 1 の「第 9」の 1 の (2) に規定する在宅療養支援診療所	(支援診 2) 第	号
別添 1 の「第 9」の 1 の (3) に規定する在宅療養支援診療所	(支援診 3) 第	号
別添 1 の「第 9」の 2 の (3) に規定する在宅緩和ケア充実診療所・病院加算	(在緩診実) 第	号
別添 1 の「第 9」の 2 の (4) に規定する在宅療養実績加算 1	(在診実 1) 第	号
別添 1 の「第 9」の 2 の (5) に規定する在宅療養実績加算 2	(在診実 2) 第	号
ハイリスク妊産婦共同管理料 (I)	(ハイ I) 第	号
がん治療連携計画策定料	(がん計) 第	号
がん治療連携指導料	(がん指) 第	号
外来排尿自立指導料	(外排自) 第	号
肝炎インターフェロン治療計画料	(肝炎) 第	号
ハイリスク妊産婦連携指導料 1	(ハイ妊連 1) 第	号
ハイリスク妊産婦連携指導料 2	(ハイ妊連 2) 第	号
薬剤管理指導料	(薬) 第	号
地域連携診療計画加算	(地連計) 第	号
検査・画像情報提供加算及び電子的診療情報評価料	(電情) 第	号
医療機器安全管理料 1	(機安 1) 第	号
医療機器安全管理料 2	(機安 2) 第	号
医療機器安全管理料 (歯科)	(機安歯) 第	号
精神科退院時共同指導料 1 及び 2	(精退共) 第	号
在宅療養支援歯科診療所 1	(歯援診 1) 第	号
在宅療養支援歯科診療所 2	(歯援診 2) 第	号
かかりつけ歯科医機能強化型歯科診療所	(か強診) 第	号
別添 1 の「第 14 の 2」の 1 の (1) に規定する在宅療養支援病院	(支援病 1) 第	号

別添 1 の「第 14 の 2」の 1 の(2)に規定する在宅療養支援病院	(支援病 2) 第	号
別添 1 の「第 14 の 2」の 1 の(3)に規定する在宅療養支援病院	(支援病 3) 第	号
別添 1 の「第 14 の 2」の 2 の(2)に規定する在宅緩和ケア充実診療所・病院加算	(在緩診病) 第	号
別添 1 の「第 14 の 2」の 2 の(3)に規定する在宅療養実績加算 1	(在病実 1) 第	号
別添 1 の「第 14 の 2」の 2 の(4)に規定する在宅療養実績加算 2	(在病実 2) 第	号
歯科疾患在宅療養管理料の注 4 に掲げる在宅総合医療管理加算及び在宅患者歯科治療時医療管理料	(在歯管) 第	号
在宅時医学総合管理料及び施設入居時等医学総合管理料	(在医総管) 第	号
在宅がん医療総合診療料	(在総) 第	号
在宅患者訪問看護・指導料及び同一建物居住者訪問看護・指導料の注 2	(在看) 第	号
在宅患者訪問看護・指導料の注 15 (同一建物居住者訪問看護・指導料の注 6 の規定により準用する場合を含む。) に掲げる訪問看護・指導体制充実加算	(訪看充) 第	号
在宅療養後方支援病院	(在後病) 第	号
在宅患者訪問褥瘡管理指導料	(在訪褥) 第	号
在宅血液透析指導管理料	(在血液) 第	号
在宅酸素療法指導管理料の注 2 に掲げる遠隔モニタリング加算	(遠隔酸素) 第	号
在宅持続陽圧呼吸療法指導管理料の注 2 に掲げる遠隔モニタリング加算	(遠隔持陽) 第	号
在宅植込型補助人工心臓 (非拍動流型) 指導管理料	(在植補心) 第	号
在宅腫瘍治療電場療法指導管理料	(在電場) 第	号
在宅経肛門的自己洗腸指導管理料	(在洗腸) 第	号
持続血糖測定器加算及び皮下連続式グルコース測定	(持血測) 第	号
持続血糖測定器加算 (間歇注入シリンジポンプと連動する持続血糖測定器を用いる場合) <u>及び皮下連続式グルコース測定</u>	(持血測 1) 第	号
持続血糖測定器加算 (間歇注入シリンジポンプと連動しない持続血糖測定器を用いる場合)	(持血測 2) 第	号
地域医療連携体制加算	(歯地連) 第	号
遺伝学的検査	(遺伝検) 第	号
歯科訪問診療料の注 13 に規定する基準	(歯訪診) 第	号
在宅歯科医療推進加算	(在推進) 第	号
有床義歯咀嚼機能検査 1 のイ	(咀嚼機能 1) 第	号
有床義歯咀嚼機能検査 1 のロ及び咀嚼能力検査	(咀嚼能力) 第	号
有床義歯咀嚼機能検査 2 のイ	(咀嚼機能 2) 第	号
有床義歯咀嚼機能検査 2 のロ及び咬合圧検査	(咬合圧) 第	号
精密触覚機能検査	(精密触覚) 第	号
睡眠時歯科筋電図検査	(歯筋電図) 第	号
骨髓微小残存病変量測定	(骨残測) 第	号
B R C A 1 / 2 遺伝子検査	(B R C A) 第	号
がんゲノムプロファイリング検査	(がんプロ) 第	号
角膜ジストロフィー遺伝子検査	(角ジ遺) 第	号
先天性代謝異常症検査	(先代異) 第	号

抗H L A抗体（スクリーニング検査）及び抗H L A抗体（抗体特異性同定検査）	（抗H L A）第	号
H P V核酸検出及びH P V核酸検出（簡易ジェノタイプ判定）	（H P V）第	号
ウイルス・細菌核酸多項目同時検出	（ウ細多同）第	号
検体検査管理加算（Ⅰ）	（検Ⅰ）第	号
検体検査管理加算（Ⅱ）	（検Ⅱ）第	号
検体検査管理加算（Ⅲ）	（検Ⅲ）第	号
検体検査管理加算（Ⅳ）	（検Ⅳ）第	号
国際標準検査管理加算	（国標）第	号
遺伝カウンセリング加算	（遺伝カ）第	号
遺伝性腫瘍カウンセリング加算	（遺伝腫カ）第	号
心臓カテーテル法による諸検査の血管内視鏡検査加算	（血内）第	号
胎児心エコー法	（胎心エコ）第	号
時間内歩行試験及びシャトルウォーキングテスト	（歩行）第	号
ヘッドアップティルト試験	（ヘッド）第	号
人工膀胱検査、人工膀胱療法	（人膀）第	号
長期継続頭蓋内脳波検査	（長）第	号
長期脳波ビデオ同時記録検査 1	（脳ビ）第	号
脳波検査判断料 1	（脳判）第	号
遠隔脳波診断	（遠脳）第	号
中枢神経磁気刺激による誘発筋電図	（中磁誘）第	号
単線維筋電図	（単筋電）第	号
光トポグラフィー	（光ト）第	号
脳磁図（自発活動を測定するもの）	（脳磁診 1）第	号
脳磁図（その他のもの）	（脳磁診 2）第	号
終夜睡眠ポリグラフィー（安全精度管理下で行うもの）	（終夜睡安）第	号
神経学的検査	（神経）第	号
補聴器適合検査	（補聴）第	号
黄斑局所網膜電図	（黄網電）第	号
全視野精密網膜電図	（全網電）第	号
ロービジョン検査判断料	（ロー検）第	号
コンタクトレンズ検査料 1	（コン 1）第	号
コンタクトレンズ検査料 2	（コン 2）第	号
コンタクトレンズ検査料 3	（コン 3）第	号
小児食物アレルギー負荷検査	（小検）第	号
内服・点滴誘発試験	（誘発）第	号
C T透視下気管支鏡検査加算	（C 気鏡）第	号
経気管支凍結生検法	（経気凍）第	号
画像診断管理加算 1	（画 1）第	号
画像診断管理加算 2	（画 2）第	号
画像診断管理加算 3	（画 3）第	号
歯科画像診断管理加算 1	（歯画 1）第	号

歯科画像診断管理加算 2	(歯画 2)	第 号
遠隔画像診断	(遠画)	第 号
ポジトロン断層撮影	(ポ断)	第 号
ポジトロン断層・コンピューター断層複合撮影	(ポ断コ複)	第 号
ポジトロン断層・磁気共鳴コンピューター断層複合撮影	(ポ断磁複)	第 号
乳房用ポジトロン断層撮影	(乳ポ断)	第 号
C T 撮影及びMR I 撮影	(C・M)	第 号
冠動脈C T 撮影加算	(冠動C)	第 号
血流予備量比コンピューター断層撮影	(血予備断)	第 号
外傷全身C T 加算	(外傷C)	第 号
心臓MR I 撮影加算	(心臓M)	第 号
乳房MR I 撮影加算	(乳房M)	第 号
小児鎮静下MR I 撮影加算	(小児M)	第 号
頭部MR I 撮影加算	(頭部M)	第 号
全身MR I 撮影加算	(全身M)	第 号
抗悪性腫瘍剤処方管理加算	(抗悪処方)	第 号
外来後発医薬品使用体制加算	(外後発使)	第 号
外来化学療法加算 1	(外化 1)	第 号
外来化学療法加算 2	(外化 2)	第 号
連携充実加算	(外化連)	第 号
無菌製剤処理料	(菌)	第 号
心大血管疾患リハビリテーション料(Ⅰ)	(心Ⅰ)	第 号
心大血管疾患リハビリテーション料(Ⅱ)	(心Ⅱ)	第 号
脳血管疾患等リハビリテーション料(Ⅰ)	(脳Ⅰ)	第 号
脳血管疾患等リハビリテーション料(Ⅱ)	(脳Ⅱ)	第 号
脳血管疾患等リハビリテーション料(Ⅲ)	(脳Ⅲ)	第 号
運動器リハビリテーション料(Ⅰ)	(運Ⅰ)	第 号
運動器リハビリテーション料(Ⅱ)	(運Ⅱ)	第 号
運動器リハビリテーション料(Ⅲ)	(運Ⅲ)	第 号
呼吸器リハビリテーション料(Ⅰ)	(呼Ⅰ)	第 号
呼吸器リハビリテーション料(Ⅱ)	(呼Ⅱ)	第 号
摂食機能療法の注 3 に掲げる摂食嚥下支援加算	(摂嚥支)	第 号
難病患者リハビリテーション料	(難)	第 号
障害児(者)リハビリテーション料	(障)	第 号
がん患者リハビリテーション料	(がんリハ)	第 号
認知症患者リハビリテーション料	(認リハ)	第 号
リンパ浮腫複合的治療料	(リン複)	第 号
集団コミュニケーション療法料	(集コ)	第 号
歯科口腔リハビリテーション料 2	(歯リハ 2)	第 号
経頭蓋磁気刺激療法	(頭磁刺)	第 号
児童思春期精神科専門管理加算	(児春専)	第 号

療養生活環境整備指導加算	(療活環)	第	号
救急患者精神科継続支援料	(急精支)	第	号
精神科作業療法	(精)	第	号
認知療法・認知行動療法 1	(認 1)	第	号
認知療法・認知行動療法 2	(認 2)	第	号
依存症集団療法 1	(依集 1)	第	号
依存症集団療法 2	(依集 2)	第	号
精神科ショート・ケア「大規模なもの」	(ショ大)	第	号
精神科ショート・ケア「小規模なもの」	(ショ小)	第	号
精神科デイ・ケア「大規模なもの」	(デ大)	第	号
精神科デイ・ケア「小規模なもの」	(デ小)	第	号
精神科ナイト・ケア	(ナ)	第	号
精神科デイ・ナイト・ケア	(デナ)	第	号
抗精神病特定薬剤治療指導管理料（治療抵抗性統合失調症治療指導管理料に限る。）	(抗治療)	第	号
重度認知症患者デイ・ケア料	(認デ)	第	号
医療保護入院等診療料	(医療保護)	第	号
精神科在宅患者支援管理料	(精在宅援)	第	号
医科点数表第 2 章第 9 部処置の通則の 5 に掲げる処置の休日加算 1	(医処休)	第	号
医科点数表第 2 章第 9 部処置の通則の 5 に掲げる処置の時間外加算 1	(医処外)	第	号
医科点数表第 2 章第 9 部処置の通則の 5 に掲げる処置の深夜加算 1	(医処深)	第	号
歯科点数表第 2 章第 8 部処置の通則第 6 号に掲げる処置の休日加算 1	(歯処休)	第	号
歯科点数表第 2 章第 8 部処置の通則第 6 号に掲げる処置の時間外加算 1	(歯処外)	第	号
歯科点数表第 2 章第 8 部処置の通則第 6 号に掲げる処置の深夜加算 1	(歯処深)	第	号
口腔粘膜処置	(口腔粘膜)	第	号
口腔粘膜血管腫凝固術	(口血凝)	第	号
レーザー機器加算	(手光機)	第	号
静脈圧迫処置（慢性静脈不全に対するもの）	(静圧)	第	号
多血小板血漿処置	(多血)	第	号
硬膜外自家血注入	(血入)	第	号
エタノールの局所注入（甲状腺）	(エタ甲)	第	号
エタノールの局所注入（副甲状腺）	(エタ副甲)	第	号
人工腎臓	(人工腎臓)	第	号
導入期加算 1	(導入 1)	第	号
導入期加算 2 及び腎代替療法実績加算	(導入 2)	第	号
透析液水質確保加算及び慢性維持透析濾過加算	(透析水)	第	号
下肢末梢動脈疾患指導管理加算	(肢梢)	第	号
磁気による膀胱等刺激法	(磁膀胱)	第	号
手術用顕微鏡加算	(手顕微加)	第	号
う蝕歯無痛的窩洞形成加算	(う蝕無痛)	第	号
心不全に対する遠赤外線温熱療法	(心遠温)	第	号

歩行運動処置（ロボットスーツによるもの）	（歩行ロボ）第	号
CAD／CAM冠	（歯CAD）第	号
手術時歯根面レーザー応用加算	（手術歯根）第	号
歯科技工加算１及び２	（歯技工）第	号
センチネルリンパ節加算	（セ節）第	号
皮膚移植術（死体）	（皮膚植）第	号
四肢・軀幹軟部悪性腫瘍手術及び骨悪性腫瘍手術の注に掲げる処理骨再建加算	（処骨）第	号
組織拡張器による再建手術（乳房（再建手術）の場合に限る。）	（組再乳）第	号
骨移植術（軟骨移植術を含む。）（同種骨移植（非生体）（同種骨移植（特殊なものに限る。））	（同種）第	号
骨移植術（軟骨移植術を含む。）（自家培養軟骨移植術に限る。）	（自家）第	号
後縦靱帯骨化症手術（前方進入によるもの）	（後縦骨）第	号
椎間板内酵素注入療法	（椎酵注）第	号
腫瘍脊椎骨全摘術	（脊椎摘）第	号
脳腫瘍覚醒下マッピング加算	（脳覚）第	号
原発性悪性脳腫瘍光線力学療法加算	（脳光）第	号
頭蓋骨形成手術（骨移動を伴うものに限る。）	（頭移）第	号
脳刺激装置植込術 （頭蓋内電極植込術を含む。） 及び脳刺激装置交換術	（脳刺）第	号
頭蓋内電極植込術（脳深部電極によるもの（７本以上の電極による場合）に限る。）	（頭深電）第	号
脊髄刺激装置植込術及び脊髄刺激装置交換術	（脊刺）第	号
仙骨神経刺激装置植込術及び仙骨神経刺激装置交換術（便失禁）	（仙神交便）第	号
仙骨神経刺激装置植込術及び仙骨神経刺激装置交換術（便過活動膀胱）	（仙神交膀）第	号
治療的角膜切除術（エキシマレーザーによるもの（角膜ジストロフィー又は帯状角膜変性に係るものに限る。））	（角膜切）第	号
角膜移植術（内皮移植加算）	（内移）第	号
羊膜移植術	（羊膜移）第	号
緑内障手術（緑内障治療用インプラント挿入術（プレートのあるもの））	（緑内イ）第	号
緑内障手術（水晶体再建術併用眼内ドレーン挿入術）	（緑内ド）第	号
網膜付着組織を含む硝子体切除術（眼内内視鏡を用いるもの）	（硝切）第	号
網膜再建術	（網膜再）第	号
人工中耳植込術	（人工中耳）第	号
人工内耳植込術、植込型骨導補聴器移植術及び植込型骨導補聴器交換術（植補聴）	（植補聴）第	号
内視鏡下鼻・副鼻腔手術Ⅴ型（拡大副鼻腔手術）	（内鼻Ⅴ）第	号
鏡視下咽頭悪性腫瘍手術（軟口蓋悪性腫瘍手術を含む。）	（鏡咽悪）第	号
鏡視下喉頭悪性腫瘍手術	（鏡喉悪）第	号
喉頭形成手術（甲状軟骨固定用器具を用いたもの）	（喉頭形成）第	号
上顎骨形成術（骨移動を伴う場合に限る。）、下顎骨形成術（骨移動を伴う場合に限る。）		

	(顎移) 第	号
上顎骨形成術(骨移動を伴う場合に限る。)(歯科)、下顎骨形成術(骨移動を伴う場合に限る。)(歯科)	(齒顎移) 第	号
顎関節人工関節全置換術	(顎人工) 第	号
内視鏡下甲状腺部分切除、腺腫摘出術、内視鏡下バセドウ甲状腺全摘(亜全摘)術(両葉)、内視鏡下副甲状腺(上皮小体)腺腫過形成手術	(内下) 第	号
内視鏡下甲状腺悪性腫瘍手術	(内甲悪) 第	号
乳腺腫瘍画像ガイド下吸引術(一連につき)(MRIによるもの)	(乳腺ガ) 第	号
乳房切除術(性同一性障害の患者に対して行う場合に限る。)	(乳切性障) 第	号
乳がんセンチネルリンパ節加算1及びセンチネルリンパ節生検(併用)	(乳セ1) 第	号
乳がんセンチネルリンパ節加算2及びセンチネルリンパ節生検(単独)	(乳セ2) 第	号
乳腺悪性腫瘍手術(乳輪温存乳房切除術(腋窩郭清を伴わないもの)及び乳輪温存乳房切除術(腋窩郭清を伴うもの))	(乳腫) 第	号
ゲル充填人工乳房を用いた乳房再建術(乳房切除後)	(ゲル乳再) 第	号
胸腔鏡下拡大胸腺摘出術(内視鏡手術用支援機器を用いる場合)	(胸腔拡胸支) 第	号
胸腔鏡下縦隔悪性腫瘍手術(内視鏡手術用支援機器を用いる場合)	(胸腔縦悪支) 第	号
胸腔鏡下良性縦隔腫瘍手術(内視鏡手術用支援機器を用いる場合)	(胸腔縦支) 第	号
胸腔鏡下肺悪性腫瘍手術(区域切除で内視鏡支援機器を用いる場合)	(胸腔肺悪区) 第	号
肺悪性腫瘍手術(壁側・臓側胸膜全切除(横隔膜、心膜合併切除を伴うもの)に限る。)	(肺腫) 第	号
胸腔鏡下肺悪性腫瘍手術(肺葉切除又は1肺葉を超えるもので内視鏡手術用支援機器を用いる場合)	(胸腔肺悪) 第	号
同種死体肺移植術	(肺植) 第	号
生体部分肺移植術	(生肺) 第	号
食道縫合術(穿孔、損傷)(内視鏡によるもの)、内視鏡下胃、十二指腸穿孔瘻孔閉鎖術、胃瘻閉鎖術(内視鏡によるもの)、小腸瘻閉鎖術(内視鏡によるもの)、結腸瘻閉鎖術(内視鏡によるもの)、腎(腎盂)腸瘻閉鎖術(内視鏡によるもの)、尿管腸瘻閉鎖術(内視鏡によるもの)、膀胱腸瘻閉鎖術(内視鏡によるもの)、腔腸瘻閉鎖術(内視鏡によるもの)	(穿瘻閉) 第	号
胸腔鏡下食道悪性腫瘍手術(内視鏡手術用支援機器を用いる場合)	(胸腔食悪支) 第	号
縦隔鏡下食道悪性腫瘍手術(内視鏡手術用支援機器を用いる場合)	(縦隔食悪支) 第	号
内視鏡下筋層切開術	(内筋) 第	号
経皮的冠動脈形成術(特殊カテーテルによるもの)	(経特) 第	号
胸腔鏡下弁形成術	(胸腔弁形) 第	号
胸腔鏡下弁形成術(内視鏡手術用支援機器を用いる場合)	(胸弁形内支) 第	号
経カテーテル大動脈弁置換術	(カ大弁置) 第	号
胸腔鏡下弁置換術	(胸腔下置) 第	号
経皮的僧帽弁クリップ術	(経僧帽) 第	号
胸腔鏡下動脈管開存閉鎖術	(脈動開) 第	号
不整脈手術 左心耳閉鎖術(経カテーテル的手術によるもの)	(不整経カ) 第	号

磁気ナビゲーション加算	(磁場心) 第	号
経皮的中心隔心筋焼灼術	(経中) 第	号
ペースメーカー移植術及びペースメーカー交換術	(ペ) 第	号
ペースメーカー移植術及びペースメーカー交換術 (リードレスペースメーカー)	(ペリ) 第	号
両心室ペースメーカー移植術 (心筋電極の場合) 及び両心室ペースメーカー交換術 (心筋電極の場合)	(両ペ心) 第	号
両心室ペースメーカー移植術 (経静脈電極の場合) 及び両心室ペースメーカー交換術 (経静脈電極の場合)	(両ペ静) 第	号
植込型除細動器移植術 (心筋リードを用いるもの) 及び植込型除細動器交換術 (心筋リードを用いるもの)	(除心) 第	号
植込型除細動器移植術 (経静脈リードを用いるもの又は皮下植込型リードを用いるもの)、植込型除細動器交換術 (その他のもの) 及び経静脈電極抜去術	(除静) 第	号
両室ペーシング機能付き植込型除細動器移植術 (心筋電極の場合) 及び両室ペーシング機能付き植込型除細動器交換術 (心筋電極の場合)	(両除心) 第	号
両室ペーシング機能付き植込型除細動器移植術 (経静脈電極の場合) 及び両室ペーシング機能付き植込型除細動器交換術 (経静脈電極の場合)	(両除静) 第	号
大動脈バルーンパンピング法 (I A B P 法)	(大) 第	号
経皮的循環補助法 (ポンプカテーテルを用いたもの)	(経循補) 第	号
補助人工心臓	(補心) 第	号
小児補助人工心臓	(小補心) 第	号
植込型補助人工心臓 (非拍動流型)	(植補心非) 第	号
同種心移植術	(心植) 第	号
同種心肺移植術	(心肺植) 第	号
骨格筋由来細胞シート心表面移植術	(筋シ心移) 第	号
経皮的下肢動脈形成術	(経下肢動) 第	号
内視鏡下下肢静脈瘤不全穿通枝切離術	(内下不切) 第	号
腹腔鏡下リンパ節群郭清術 (後腹膜)	(腹リ後腹) 第	号
腹腔鏡下リンパ節群郭清術 (傍大動脈)	(腹リ傍大) 第	号
腹腔鏡下小切開骨盤内リンパ節群郭清術、腹腔鏡下小切開後腹膜リンパ節群郭清術、腹腔鏡下小切開後腹膜腫瘍摘出術、腹腔鏡下小切開後腹膜悪性腫瘍手術、腹腔鏡下小切開副腎摘出術、腹腔鏡下小切開腎部分切除術、腹腔鏡下小切開腎摘出術、腹腔鏡下小切開尿管腫瘍摘出術、腹腔鏡下小切開腎(尿管)悪性腫瘍手術、腹腔鏡下小切開膀胱腫瘍摘出術及び腹腔鏡下小切開前立腺悪性腫瘍手術	(腹小切) 第	号
腹腔鏡下胃切除術 (内視鏡手術用支援機器を用いる場合)	(腹胃切支) 第	号
腹腔鏡下噴門側胃切除術 (内視鏡手術用支援機器を用いる場合)	(腹側胃切支) 第	号
腹腔鏡下十二指腸局所切除術 (内視鏡処置を併施するもの)	(腹十二局) 第	号
腹腔鏡下胃縮小術 (スリーブ状切除によるもの)	(腹胃縮) 第	号
腹腔鏡下胃全摘術 (内視鏡手術用支援機器を用いる場合)	(腹胃全) 第	号
バルーン閉塞下逆行性経静脈的塞栓術	(バ経静脈) 第	号
胆管悪性腫瘍手術 (臍頭十二指腸切除及び肝切除 (葉以上) を伴うものに限る。)		

	(胆腫) 第	号
体外衝撃波胆石破碎術	(胆) 第	号
腹腔鏡下胆道閉鎖症手術	(腹胆閉鎖) 第	号
腹腔鏡下肝切除術	(腹肝) 第	号
生体部分肝移植術	(生) 第	号
同種死体肝移植術	(肝植) 第	号
体外衝撃波膵石破碎術	(膵石破) 第	号
腹腔鏡下膵腫瘍摘出術	(腹膵腫瘍) 第	号
腹腔鏡下膵体尾部腫瘍切除術	(腹膵切) 第	号
腹腔鏡下膵体尾部腫瘍切除術 (内視鏡手術用支援機器を用いる場合)	(腹膵切支) 第	号
腹腔鏡下膵頭部腫瘍切除術	(腹膵頭) 第	号
腹腔鏡下膵頭部腫瘍切除術 (内視鏡手術用支援機器を用いる場合)	(腹膵頭支) 第	号
同種死体膵移植術、同種死体膵腎移植術	(膵植) 第	号
同種死体膵島移植術	(膵島植) 第	号
生体部分小腸移植術	(生小腸植) 第	号
同種死体小腸移植術	(小腸移植) 第	号
早期悪性腫瘍大腸粘膜下層剥離術	(早大腸) 第	号
腹腔鏡下直腸切除・切断術 (内視鏡手術用支援機器を用いる場合)	(腹直腸切支) 第	号
腹腔鏡下腎盂形成手術 (内視鏡手術用支援機器を用いる場合)	(腹腎形支) 第	号
体外衝撃波腎・尿管結石破碎術	(腎) 第	号
腎腫瘍凝固・焼灼術 (冷凍凝固によるもの)	(腎凝固) 第	号
腹腔鏡下腎悪性腫瘍手術 (内視鏡手術用支援機器を用いるもの)	(腹腎支器) 第	号
同種死体腎移植術	(腎植) 第	号
生体腎移植術	(生腎) 第	号
膀胱水圧拡張術	(膀胱) 第	号
腹腔鏡下膀胱悪性腫瘍手術 (内視鏡手術用支援機器を用いる場合)	(腹膀胱悪支) 第	号
腹腔鏡下膀胱悪性腫瘍手術	(腹膀) 第	号
腹腔鏡下小切開膀胱悪性腫瘍手術	(腹小膀悪) 第	号
尿道形成手術 (前部尿道) (性同一性障害の患者に対して行う場合に限る。)	(尿形性障) 第	号
尿道下裂形成手術 (性同一性障害の患者に対して行う場合に限る。)	(尿裂性障) 第	号
陰茎形成術 (性同一性障害の患者に対して行う場合に限る。)	(陰形性障) 第	号
人工尿道括約筋植込・置換術	(人工尿) 第	号
陰茎全摘術 (性同一性障害の患者に対して行う場合に限る。)	(陰全性障) 第	号
精巣摘出術 (性同一性障害の患者に対して行う場合に限る。)	(精摘性障) 第	号
焦点式高エネルギー超音波療法	(焦超) 第	号
腹腔鏡下前立腺悪性腫瘍手術	(腹前) 第	号
腹腔鏡下前立腺悪性腫瘍手術 (内視鏡手術用支援機器を用いるもの)	(腹前支器) 第	号
会陰形成手術 (筋層に及ばないもの) (性同一性障害の患者に対して行う場合に限る。)	(会形性障) 第	号

造脘術、脘閉鎖症術（遊離植皮によるもの、腸管形成によるもの、筋皮弁移植によるもの） （性同一性障害の患者に対して行う場合に限る。）	（造脘閉性障）第	号
腹腔鏡下仙骨脘固定術	（腹仙骨固）第	号
腹腔鏡下仙骨脘固定術（内視鏡手術用支援機器を用いる場合）	（腹仙骨固支）第	号
子宮全摘術（性同一性障害の患者に対して行う場合に限る。）	（子宮全性障）第	号
腹腔鏡下脘式子宮全摘術（性同一性障害患者に対して行う場合に限る。）	（腹脘子性障）第	号
腹腔鏡下脘式子宮全摘術（内視鏡手術用支援機器を用いる場合）	（腹脘子内支）第	号
腹腔鏡下子宮悪性腫瘍手術（子宮体がんに対して内視鏡手術用支援機器を用いる場合）	（腹子悪内支）第	号
腹腔鏡下子宮悪性腫瘍手術（子宮体がんに限る。）	（腹子）第	号
腹腔鏡下子宮悪性腫瘍手術（子宮頸がんに限る。）	（腹子頸）第	号
子宮附属器腫瘍摘出術（両側）（性同一性障害の患者に対して行う場合に限る。）	（子宮附性障）第	号
内視鏡的胎盤吻合血管レーザー焼灼術	（内胎）第	号
胎児胸腔・羊水腔シャント術	（胎羊）第	号
無心体双胎焼灼術	（無心）第	号
胎児輸血術	（胎輸）第	号
医科点数表第2章第10部手術の通則の12に掲げる手術の休日加算1	（医手休）第	号
医科点数表第2章第10部手術の通則の12に掲げる手術の時間外加算1	（医手外）第	号
医科点数表第2章第10部手術の通則の12に掲げる手術の深夜加算1	（医手深）第	号
歯科点数表第2章第9部手術の通則第9号に掲げる手術の休日加算1	（歯手休）第	号
歯科点数表第2章第9部手術の通則第9号に掲げる手術の時間外加算1	（歯手外）第	号
歯科点数表第2章第9部手術の通則第9号に掲げる手術の深夜加算1	（歯手深）第	号
医科点数表第2章第10部手術の通則の16に掲げる手術	（胃瘻造）第	号
医科点数表第2章第10部手術の通則の19に掲げる手術（遺伝性乳癌卵巣癌症候群患者に対する乳房切除術に限る。）	（乳切遺伝）第	号
医科点数表第2章第10部手術の通則の19に掲げる手術（遺伝性乳癌卵巣癌症候群患者に対する子宮附属器腫瘍摘出術に対する乳房切除術）	（子宮附遺伝）第	号
輸血管理料Ⅰ	（輸血Ⅰ）第	号
輸血管理料Ⅱ	（輸血Ⅱ）第	号
輸血適正使用加算	（輸適）第	号
貯血式自己血輸血管理体制加算	（貯輸）第	号
コーディネート体制充実加算	（コ体充）第	号
自己生体組織接着剤作成術	（自生接）第	号
自己クリオプレシピテート作製術（用手法）	（自己ク）第	号
同種クリオプレシピテート作製術	（同種ク）第	号
人工肛門・人工膀胱造設術前処置加算	（造設前）第	号
胃瘻造設時嚥下機能評価加算	（胃瘻造嚥）第	号
凍結保存同種組織加算	（凍保組）第	号
歯周組織再生誘導手術	（G T R）第	号

広範囲顎骨支持型装置埋入手術	(人工歯根)	第	号
顎関節人工関節全置換術 (歯科)	(歯顎人工)	第	号
歯根端切除手術の注 3	(根切顕微)	第	号
麻酔管理料 (Ⅰ)	(麻管Ⅰ)	第	号
麻酔管理料 (Ⅱ)	(麻管Ⅱ)	第	号
歯科麻酔管理料	(歯麻管)	第	号
放射線治療専任加算	(放専)	第	号
外来放射線治療加算	(外放)	第	号
遠隔放射線治療計画加算	(遠隔放)	第	号
高エネルギー放射線治療	(高放)	第	号
1 回線量増加加算	(増線)	第	号
強度変調放射線治療 (IMRT)	(強度)	第	号
画像誘導放射線治療 (IGRT)	(画誘)	第	号
体外照射呼吸性移動対策加算	(体対策)	第	号
定位放射線治療	(直放)	第	号
定位放射線治療呼吸性移動対策加算	(定対策)	第	号
粒子線治療	(粒)	第	号
粒子線治療適応判定加算	(粒適)	第	号
粒子線治療医学管理加算	(粒医)	第	号
画像誘導密封小線源治療加算	(誘密)	第	号
保険医療機関間の連携による病理診断	(連携診)	第	号
保険医療機関間の連携におけるデジタル病理画像による術中迅速病理組織標本作製	(連組織)	第	号
保険医療機関間の連携におけるデジタル病理画像による迅速細胞診	(連細胞)	第	号
病理診断管理加算 1	(病理診 1)	第	号
病理診断管理加算 2	(病理診 2)	第	号
デジタル病理画像による病理診断	(デ病診)	第	号
悪性腫瘍病理組織標本加算	(悪病組)	第	号
口腔病理診断管理加算 1	(口病診 1)	第	号
口腔病理診断管理加算 2	(口病診 2)	第	号
クラウン・ブリッジ維持管理料	(補管)	第	号
歯科矯正診断料	(矯診)	第	号
顎口腔機能診断料 (顎変形症 (顎離断等の手術を必要とするものに限る。)) の手術前後における歯科矯正に係るもの)	(顎診)	第	号
調剤基本料 1	(調基 1)	第	号
調剤基本料 2	(調基 2)	第	号
調剤基本料 3 イ	(調基 3 イ)	第	号
調剤基本料 3 ロ	(調基 3 ロ)	第	号
調剤基本料 1 (注 1 のただし書に該当する場合)	(調基特 1)	第	号
地域支援体制加算	(地支体)	第	号

後発医薬品調剤体制加算 1	(後発調 1)	第	号
後発医薬品調剤体制加算 2	(後発調 2)	第	号
後発医薬品調剤体制加算 3	(後発調 3)	第	号
無菌製剤処理加算	(薬菌)	第	号
在宅患者調剤加算	(在宅調)	第	号
薬剤服用歴管理指導料の 4 に掲げる情報通信機器を用いた服薬指導	(オン外薬)	第	号
薬剤服用歴管理指導料の注 7 に掲げる特定薬剤管理指導加算 2	(特薬管 2)	第	号
かかりつけ薬剤師指導料及びかかりつけ薬剤師包括管理料	(か薬)	第	号

第 4 経過措置等

表 1 新たに施設基準が創設されたことにより、令和 2 年 4 月以降において当該点数を算定するに当たり届出の必要なもの

外来栄養食事指導料（注 2 に掲げる外来化学療法の実施患者の栄養食事指導を行う場合）
 心臓ペースメーカー指導管理料の注 5 に掲げる遠隔モニタリング加算
 がん患者指導管理料のニ
 婦人科特定疾患治療管理料
 腎代替療法指導管理料
夜間休日救急搬送医学管理料の注 3 に掲げる救急搬送看護体制加算 1
 ニコチン依存症管理料（情報通信機器を用いる診察に係る規定を満たすことにより算定する場合に限る。）
 療養・就労両立支援指導料の注 3 に掲げる相談支援加算
 外来排尿自立指導料
 精神科退院時共同指導料 1
 精神科退院時共同指導料 2
 在宅患者訪問看護・指導料の注 15（同一建物居住者訪問看護・指導料の注 6 の規定により準用する場合を含む。）に掲げる訪問看護・指導体制充実加算
 持続血糖測定器加算（間歇注入シリンジポンプと連動しない持続血糖測定器を用いる場合）
 睡眠時歯科筋電図検査
 B R C A 1 / 2 遺伝子検査
 がんゲノムプロファイリング検査
 角膜ジストロフィー遺伝子検査
 先天性代謝異常症検査
 ウイルス・細菌核酸多項目同時検出
 検体検査判断料の注 7 に掲げる遺伝性腫瘍カウンセリング加算
 単線維筋電図
 脳磁図（自発活動を測定するもの）
 終夜睡眠ポリグラフィー（安全精度管理下で行うもの）
 黄斑局所網膜電図
 全視野精密網膜電図

経気管支凍結生検法

血流予備量比コンピューター断層撮影

全身MR I 撮影加算

連携充実加算

経頭蓋磁気刺激療法

療養生活環境整備指導加算

依存症集団療法 2

静脈圧迫処置（慢性静脈不全に対するもの）

多血小板血漿処置

心不全に対する遠赤外線温熱療法

乳房切除術（遺伝性乳癌卵巣癌症候群患者に対する乳房切除術に限る。）

子宮附属器腫瘍摘出術（遺伝性乳癌卵巣癌症候群患者に対する~~子宮附属器腫瘍摘出術~~~~乳房切除術~~に限る。）

四肢・軀幹軟部悪性腫瘍手術及び骨悪性腫瘍手術の注に掲げる処理骨再建加算

椎間板内酵素注入療法

頭蓋内電極植込術（脳深部電極によるもの（7本以上の電極による場合）に限る。）

角膜移植術（内皮移植加算）

鏡視下咽頭悪性腫瘍手術（軟口蓋悪性腫瘍手術を含む。）

鏡視下喉頭悪性腫瘍手術

顎関節人工関節全置換術

胸腔鏡下拡大胸腺摘出術（内視鏡手術用支援機器を用いる場合）

~~胸腔鏡下肺悪性腫瘍手術（区域切除で内視鏡支援機器を用いる場合）~~

縦隔鏡下食道悪性腫瘍手術（内視鏡手術用支援機器を用いる場合）

不整脈手術 左心耳閉鎖術（経カテーテル的手術によるもの）

両心室ペースメーカー移植術（心筋電極の場合）及び両心室ペースメーカー交換術（心筋電極の場合）

植込型除細動器移植術（心筋リードを用いるもの）及び植込型除細動器交換術（心筋リードを用いるもの）

両室ペーシング機能付き植込型除細動器移植術（心筋電極の場合）及び両室ペーシング機能付き植込型除細動器交換術（心筋電極の場合）

経皮的下肢動脈形成術

腹腔鏡下リンパ節群郭清術（後腹膜）

腹腔鏡下リンパ節群郭清術（傍大動脈）

腹腔鏡下十二指腸局所切除術（内視鏡処置を併施するもの）

腹腔鏡下腓体尾部腫瘍切除術（内視鏡手術用支援機器を用いる場合）

腹腔鏡下腓頭部腫瘍切除術（内視鏡手術用支援機器を用いる場合）

同種死体膵島移植術

腹腔鏡下腎盂形成手術（内視鏡手術用支援機器を用いる場合）

腹腔鏡下仙骨腫固定術（内視鏡手術用支援機器を用い~~るた~~場合）

無心体双胎焼灼術

胎児輸血術
 同種クリオプレシピテート作製術
 顎関節人工関節全置換術（歯科）
 歯科麻酔管理料
 薬剤服用歴管理指導料の４に掲げる情報通信機器を用いた服薬指導
 薬剤服用歴管理指導料の注７に掲げる特定薬剤管理指導加算２

表２ 施設基準の改正により、令和２年３月３１日において現に当該点数を算定していた保険医療機関及び保険薬局であっても、令和２年４月以降において当該点数を算定するに当たり届出の必要なもの

小児運動器疾患指導管理料
 小児科外来診療料
 摂食機能療法の注３に掲げる摂食嚥下支援加算（令和２年３月３１日において、現に「診療報酬の算定方法の一部を改正する件」による改正前（令和２年度改定前）の区分番号「H004」摂食機能療法の注３に掲げる経口摂取回復促進加算１又は２に係る届出を行っている保険医療機関であって、令和２年４月１日以降に引き続き算定する場合に限る。）
 導入期加算２
~~胸腔鏡下肺悪性腫瘍手術（肺葉切除又は１肺葉を超えるもので内視鏡手術用支援機器を用いる場合）~~
 経皮的冠動脈形成術（特殊カテーテルによるもの）
 麻酔管理料（Ⅱ）（麻酔中の患者の看護に係る適切な研修を修了した常勤看護師が実施する場合に限る。）
~~調剤基本料の注５に掲げる地域支援体制加算（調剤基本料１を算定している保険薬局で、令和３年４月１日以降に引き続き算定する場合に限る。）~~

表３ 施設基準等の名称が変更されたが、令和２年３月３１日において現に当該点数を算定していた保険医療機関であれば新たに届出が必要でないもの

<u>排尿自立指導料</u>	→	<u>外来排尿自立指導料</u>
<u>夜間休日救急搬送医学管理料の注３に掲げる救急搬送看護体制加算</u>	→	<u>夜間休日救急搬送医学管理料の注３に掲げる救急搬送看護体制加算２</u>
持続血糖測定器加算	→	持続血糖測定器加算（間歇注入シリンジポンプと連動する持続血糖測定器を用いる場合）
脳磁図	→	脳磁図（その他のもの）
依存症集団療法	→	依存症集団療法１
<u>「胸腔鏡下肺悪性腫瘍手術（肺葉切除又は１肺葉を超えるもので内視鏡手術用支援機器を用いる場合）」</u>	→	<u>胸腔鏡下肺悪性腫瘍手術（区域切除及び肺葉切除又は１肺葉を超えるもので内視鏡手術用支援機器を用いる場合）」</u>
腹腔鏡下膵頭十二指腸切除術	→	腹腔鏡下膵頭部腫瘍切除術（内視鏡手術用支援機器を用いる場合を除く。）
両心室ペースメーカー移植術及び両心室	→	両心室ペースメーカー移植術（経静脈電極の場

ペースメーカー交換術		合) 及び両心室ペースメーカー交換術(経静脈電極の場合)
植込型除細動器移植術、植込型除細動器交換術及び経静脈電極抜去術	→	植込型除細動器移植術(経静脈リードを用いるもの又は皮下植込型リードを用いるもの)、植込型除細動器交換術(その他のもの)及び経静脈電極抜去術に関する施設基準
両室ペーシング機能付き植込型除細動器移植術及び両室ペーシング機能付き植込型除細動器交換術	→	両室ペーシング機能付き植込型除細動器移植術(経静脈電極の場合)及び両室ペーシング機能付き植込型除細動器交換術(経静脈電極の場合)

別添 1

特掲診療料の施設基準等

第 1 の 6 外来栄養食事指導料

1 外来栄養食事指導料の注 2 に規定する施設基準

- (1) 外来化学療法を実施するための専用のベッド(点滴注射による化学療法を実施するに適したリクライニングシート等を含む。)を有する治療室を保有し、外来化学療法を実施している保険医療機関に 5 年以上勤務し、栄養管理(悪性腫瘍患者に対するものを含む。)に係る 3 年以上の経験を有する専任の常勤管理栄養士が 1 人以上配置されていること。

第 4 糖尿病合併症管理料

2 届出に関する事項

糖尿病合併症管理料の施設基準に係る届出は、別添 2 の 2 様式 5 を用いること。

第 4 の 2 がん性疼痛緩和指導管理料

2 届出に関する事項

がん性疼痛緩和指導管理料の施設基準に係る届出は、別添 2 の 2 様式 5 の 2 を用いること。

第 4 の 8 乳腺炎重症化予防ケア・指導料

2 届出に関する事項

乳腺炎重症化予防ケア・指導料の施設基準に係る届出は、別添 2 の 2 様式 5 の 9 を用いること。

第 4 の 10 腎代替療法指導管理料

1 腎代替療法指導管理料に関する施設基準

- (1) 以下の要件を満たしていること。

ア・イ(略)

ウ 腎移植について、患者の希望に応じて適切に相談に応じており、かつ、腎移植に向けた手続きを行った患者が前年度に 3 人以上いること。なお、腎移植に向けた手続き等を行った患者とは、臓器移植ネットワークに腎臓移植希望者として新規に登録された患者、先行的腎移植が実施された患者又は腎移植が実施され透析を離脱した患者をいう。

第 8 開放型病院共同指導料

1 開放型病院共同指導料に関する施設基準

(2) 次のア又はイのいずれかに該当していること。

ア 当該 2 次医療圏の当該病院の開設者と直接関係のない（雇用関係にない）~~1020~~ 以上の診療所の医師若しくは歯科医師が登録していること又は当該地域の医師若しくは歯科医師の 5 割以上が登録していること。

イ 当該 2 次医療圏の一つの診療科を主として標榜する、当該病院の開設者と関係のない（雇用関係のない）~~10.5~~ 以上の診療所の医師若しくは歯科医師が登録していること又は当該地域の当該診療科の医師若しくは歯科医師の 5 割以上が登録していること。この場合には、当該診療科の医師が常時勤務していること。（なお、医師が 24 時間、365 日勤務することが必要であり、医師の宅直は認めない。）

第 11 の 5 肝炎インターフェロン治療計画料

1 肝炎インターフェロン治療計画料に関する施設基準

(1) 肝疾患に関する専門的な知識を持つ~~常勤~~の医師による診断（活動度及び病期を含む。）と治療方針の決定が行われていること。

第 16 の 11 持続血糖測定器加算

1 持続血糖測定器加算に関する施設基準

(2) 間歇注入シリンジポンプと連動しない持続血糖測定器を用いる場合

ア 糖尿病の治療に関し、専門の知識及び 5 年以上の経験を有し、持続血糖測定器に係る適切な研修を修了した~~する~~常勤の医師が 1 名以上配置されていること

イ 持続皮下インスリン注入療法を行っている保険医療機関であること。

ウ 糖尿病の治療に関し、持続皮下インスリン注入療法に従事した経験を 2 年以上有し、持続血糖測定器に係る適切な研修を修了した常勤の看護師又は薬剤師が 1 名以上配置されていること。~~なお、ここでの適切な研修とは、次の事項に該当する研修のことをいう。~~

エ ア及びウに掲げる適切な研修とは、次の事項に該当する研修のことをいう。

(イ) 医療関係団体が主催する研修であること。

(ロ) 糖尿病患者への生活習慣改善の意義・基礎知識、評価方法、セルフケア支援、持続血糖測定器に関する理解・活用及び事例分析・評価等の内容が含まれているものであること。

第 18 の 1 の 2 遺伝学的検査

1 遺伝学的検査の施設基準の対象疾患

「診療報酬の算定方法の一部改正に伴う実施上の留意事項について」（~~令和 2 年平成 30 年~~ 3 月 5 日保医発 0305 第 1 号）の別添 1 「医科診療報酬点数表に関する事項」第 2 章第 3 部第 1 節第 1 款 D 0 0 6 - 4 遺伝学的検査 (1) のエ 又はオに掲げる疾患

第 22 の 3 時間内歩行試験及びシャトルウォーキングテスト

2 届出に関する事項

時間内歩行試験及びシャトルウォーキングテストの施設基準に係る届出については、別添 2 の様式 24 の 6 ~~及び様式 52~~を用いること。

第 22 の 4 胎児心エコー法

2 届出に関する事項

胎児心エコー法の施設基準に係る届出については、別添 2 の様式 24 の 3 及び様式 52を用いること。

第 22 の 5 ヘッドアップティルト試験

2 届出に関する事項

ヘッドアップティルト試験の施設基準に係る届出については、別添 2 の様式 24 の 7 ~~及び様式 52~~を用いること。

第 26 の 1 の 2 終夜睡眠ポリグラフィー

1 安全精度管理下で行うものに関する施設基準

(3) 終夜睡眠ポリグラフィーの「3」1 及び 2 以外の場合を年間 50 症例以上及び反復睡眠潜時試験 (MSLT) ~~検査~~を年間 5 件以上実施していること。

2 届出に関する事項

終夜睡眠ポリグラフィーの安全精度管理下で行うものの施設基準に係る届出は、別添 2 の様式 27 の 2 の 2 及び様式 52を用いること。

第 35 の 2 血流予備量比コンピューター断層撮影

2 届出に関する事項

血流予備量比コンピューター断層撮影の施設基準に係る届出は、別添 2 の様式 37 の 2 及び様式 52を用いること。

第 36 の 1 の 4 頭部MRI 撮影加算

1 頭部MRI 撮影加算に関する施設基準

(3) 画像診断を専ら担当する常勤の医師 (専ら画像診断を担当した経験を 10 年以上有するもの又は当該療養について関係学会から示されている 2 年以上の所定の研修 (専ら放射線診断に関するものとし、画像診断、Interventional Radiology (IVR) 及び核医学に関する事項を全て含むものであること。)) を修了し、その旨が登録されているものに限る。) が 3 名以上配置されていること。なお、画像診断を専ら担当する医師とは、勤務時間の大部分において画像情報の撮影又は読影に携わっている者をいう。

第 36 の 1 の 5 全身MRI 撮影加算

1 全身MRI 撮影加算に関する施設基準

(3) 画像診断を専ら担当する常勤の医師 (専ら画像診断を担当した経験を 10 年以上有するも

の又は当該療養について関係学会から示されている~~る~~2年以上の所定の研修(専ら放射線診断に関するものとし、画像診断、Interventional Radiology(IVR)及び核医学に関する事項を全て含むものであること。)を修了し、その旨が登録されているものに限る。)が3名以上配置されていること。なお、画像診断を専ら担当する医師とは、勤務時間の大部分において画像情報の撮影又は読影に携わっている者をいう。

第38 心大血管疾患リハビリテーション料(Ⅰ)

3 届出に関する事項

- (3) 当該治療が行われる専用の機能訓練室の~~配置図及び~~平面図を添付すること。

第39 心大血管疾患リハビリテーション料(Ⅱ)

3 届出に関する事項

- (3) 当該治療が行われる専用の機能訓練室の~~配置図及び~~平面図を添付すること。

第46 難病患者リハビリテーション料

2 届出に関する事項

- (3) 当該治療が行われる専用の機能訓練室の~~配置図及び~~平面図を添付すること。

第47の2 がん患者リハビリテーション料

2 届出に関する事項

- (3) 当該治療が行われる専用の機能訓練室の~~配置図及び~~平面図を添付すること。

第47の3 認知症患者リハビリテーション料

2 届出に関する事項

- (3) 当該治療が行われる専用の機能訓練室の~~配置図及び~~平面図を添付すること。

第49 精神科ショート・ケア「大規模なもの」

2 届出に関する事項

- (3) 当該治療が行われる専用の施設の~~配置図及び~~平面図を添付すること。

第50 精神科ショート・ケア「小規模なもの」

2 届出に関する事項

- (3) 当該治療が行われる専用の施設の~~配置図及び~~平面図を添付すること。

第55の2 精神科在宅患者支援管理料

3 届出に関する事項

- (2) 精神科在宅患者支援管理料「3」の施設基準に係る届出は別添2 ~~①~~2を用いること。

第57の2 人工腎臓

2 導入期加算の施設基準

(2) 導入期加算 2 の施設基準

次のすべてを満たしていること。

ア・イ(略)

ウ 腎移植について、患者の希望に応じて適切に相談に応じており、かつ、腎移植に向けた手続きを行った患者が前年度に 3 人以上いること。なお、腎移植に向けた手続き~~等~~を行った患者とは、臓器移植ネットワークに腎臓移植希望者として新規に登録された患者、先行的腎移植が実施された患者又は腎移植が実施され透析を離脱した患者をいう。

第 57 の 8 皮膚悪性腫瘍切除術（センチネルリンパ節加算を算定する場合に限る。）

2 届出に関する事項

~~(1) 皮膚悪性腫瘍切除術（センチネルリンパ節加算を算定する場合に限る。）の施設基準に係る届出は、別添 2 の様式 50 の 4 及び様式 52 を用いること。~~

~~(2) 当該治療に従事する医師の氏名、勤務の態様（常勤・非常勤、専従・非専従、専任・非専任の別）及び勤務時間を別添 2 の様式 4 を用いて提出すること。~~

第 61 の 2 の 2 鏡視下咽頭悪性腫瘍手術（軟口蓋悪性腫瘍手術を含む。）

2 届出に関する事項

鏡視下咽頭悪性腫瘍手術（軟口蓋悪性腫瘍手術を含む。）に係る届出は、別添 2 の様式~~別添~~ 56 の 7 及び様式 52 を用いること。

第 61 の 7 胸腔鏡下縦隔悪性腫瘍手術及び胸腔鏡下良性縦隔腫瘍手術（内視鏡手術用支援機器を用いる場合）

1 胸腔鏡下縦隔悪性腫瘍手術及び胸腔鏡下良性縦隔腫瘍手術（内視鏡手術用支援機器を用いる場合）の施設基準

(1) 呼吸器外科及び麻酔科を標榜している病院であること。

(2) 以下のアからエまでの手術を術者として、合わせて~~5~~10例以上実施した経験を有する常勤の医師が 1 名以上配置されていること。

ア 胸腔鏡下縦隔悪性腫瘍手術（内視鏡手術用支援機器を用いる場合）

イ 胸腔鏡下良性縦隔腫瘍手術（内視鏡手術用支援機器を用いる場合）

ウ 胸腔鏡下肺悪性腫瘍手術（区域切除及び肺葉切除又は 1 肺葉を超えるものに限る。）
（内視鏡手術用支援機器を用いる場合）

エ 胸腔鏡下拡大胸腺摘出術（内視鏡手術用支援機器を用いる場合）

(3) から(9)まで(略)

第 75 の 4 腹腔鏡下脾頭部腫瘍切除術

3 届出に関する事項

~~(3) 外科又は消化器外科を担当する医師の氏名、勤務の態様（常勤・非常勤、専従・非専従、専任・非専任の別）及び勤務時間を、別添 2 の様式 4 により提出すること。~~

第 76 の 2 同種死体膵島移植術

1 同種死体膵島移植術に関する施設基準

- (1) 当該保険医療機関において、同種死体膵移植術、同種死体膵腎移植術又は同種死体膵島移植術を合わせて 3 年間に 5 例以上実施していること。ただし、令和 4 年 3 月 31 日までの間は、過去 5 年間に 2 例以上の実績がある場合、当該基準を満たしているものとみなす。
- (2) 当該手術を担当する診療科の常勤医師数が 2 名以上配置されており、このうち 1 名以上は 3 例以上の同種死体膵島移植術の経験を有していること。
- (3) 糖尿病の治療に関し、専門の知識及び 5 年以上の経験を有する常勤の医師が 2 名以上配置されており、このうち 1 名以上は膵臓移植又は膵島移植患者の診療の経験を有していること。

(4) 同種死体膵島移植術を行うに当たり医療関係団体より認定された施設であること。

- (~~5-4~~) 日本組織移植学会が作成した「ヒト組織を利用する医療行為の安全性確保・保存・使用に関するガイドライン」等関連学会から示されている基準等を遵守している旨を届け出ていること。
- (~~6-5~~) 同種死体膵島移植術の実施に当たり、再生医療等の安全性の確保等に関する法律第 3 条に規定する再生医療等提供基準を遵守していること。

2 届出に関する事項

- (1) 同種死体膵島移植術の施設基準に係る届出は、別添 2 の様式 52 及び様式 57 の 2 を用いること。
- (2) 医療関係団体関連学会より認定された施設であることを証する文書の写しを添付すること。
- (3) 再生医療等の安全性の確保等に関する法律第 3 条に規定する再生医療等提供基準を遵守していることを証する文書として、地方厚生（支）局で受理された再生医療等提供計画の写しを添付すること。

第 77 の 2 腹腔鏡下小切開腎部分切除術、腹腔鏡下小切開腎摘出術、腹腔鏡下小切開腎（尿管）悪性腫瘍手術

腹腔鏡下小切開腎部分切除術、腹腔鏡下小切開腎摘出術、腹腔鏡下小切開腎（尿管）悪性腫瘍手術の施設基準及び届出に関する事項は、第 72 の 4 の 2 腹腔鏡下小切開骨盤内リンパ節群郭清術の例による。

第 77 の 6 腹腔鏡下小切開尿管腫瘍摘出術の施設基準及び届出に関する事項は、第 72 の 4 の 2 腹腔鏡下小切開骨盤内リンパ節群郭清術の例による。

第 77 の 8 腹腔鏡下小切開膀胱腫瘍摘出術の施設基準及び届出に関する事項は、第 72 の 4 の 2 腹腔鏡下小切開骨盤内リンパ節群郭清術の例による。

第 78 の 2 腹腔鏡下小切開前立腺悪性腫瘍手術

腹腔鏡下小切開前立腺悪性腫瘍手術の施設基準及び届出に関する事項は第 72 の 4 の 2 腹腔鏡下小切開骨盤内リンパ節群郭清術の例による。

第 78 の 2 の 3 腹腔鏡下仙骨腫固定術

2 腹腔鏡下仙骨腫固定術（内視鏡手術用支援機器を用い~~る~~た場合）に関する施設基準

- (1) 産婦人科又は婦人科、泌尿器科、放射線科及び麻酔科を標榜している病院であること。
- (2) 以下のアからウまでの手術について、イの手術を 3 例以上含む、合わせて 10 例以上を術者として実施した経験を有する常勤の医師が 1 名以上配置されていること。
 - ア 腹腔鏡下膀胱悪性腫瘍手術（内視鏡手術用支援機器を用いる場合）
 - イ 腹腔鏡下仙骨腫固定術（内視鏡手術用支援機器を用い~~る~~た場合）
 - ウ 腹腔鏡下腔式子宮全摘術（内視鏡手術用支援機器を用いる場合）

第 78 の 3 腹腔鏡下腔式子宮全摘術（内視鏡手術用支援機器を用いる場合）

1 腹腔鏡下腔式子宮全摘術（内視鏡手術用支援機器を用いる場合）の施設基準

- (3) 当該保険医療機関において、以下のアからエまでの手術を年間 30 例以上実施しており、このうちイ~~の~~手術を年間 10 例以上実施していること。
 - アからエまで(略)

第 78 の 3 の 2 腹腔鏡下子宮悪性腫瘍手術

3 腹腔鏡下子宮悪性腫瘍手術（子宮体がんに対して内視鏡手術用支援機器を用いる場合）の施設基準

- (1)・(2) (略)
- (3) 当該保険医療機関において、以下のア又はイの手術を年間 20 例以上実施して~~いる~~おり、このうちイの手術を年間 5 例以上実施していること。
 - ア 子宮悪性腫瘍手術
 - イ 腹腔鏡下子宮悪性腫瘍手術
- (4) から (9) まで (略)

第 78 の 4 内視鏡的胎盤吻合血管レーザー焼灼術

2 届出に関する事項

- (1) 内視鏡的胎盤吻合血管レーザー焼灼術の施設基準に係る届出は、別添 2 の様式 52 及び様式 71 の 3 を用いること。
~~(2) 医師が経験した当該手術の症例数が分かる書類を添付すること。~~
(~~2-3~~) 倫理委員会の開催要綱（運営規定等）の写しを添付すること。

第 88 調剤基本料

1 調剤基本料に関する施設基準

(1) 調剤基本料 1

調剤基本料 2、調剤基本料 3 及び特別調剤基本料のいずれにも該当しない保険薬局であること。なお、調剤基本料の「注 1」のただし書~~き~~の施設基準に該当する保険薬局（「医療を提供しているが、医療資源の少ない地域」に所在する保険薬局）は、以下の (2) か

ら（５）の基準にかかわらず調剤基本料１となる。

２ 調剤基本料の施設基準に関する留意点

（１） 処方箋の受付回数

処方箋の受付回数の計算に当たり、受付回数に数えない処方箋は以下のとおりとする。

ア 調剤料の時間外加算、休日加算、深夜加算又は~~夜間~~・休日等加算を算定した処方箋

イ 在宅患者訪問薬剤管理指導料、在宅患者緊急訪問薬剤管理指導料又は在宅患者緊急時等共同指導料の基となる調剤に係る処方箋。ただし、在宅患者訪問薬剤管理指導料（在宅患者オンライン服薬指導料を除く。）の処方箋については、単一建物診療患者が１人の場合は受付回数の計算に含める。

ウ 介護保険法に基づく指定居宅サービスに要する費用の額の算定に関する基準（平成１２年厚生省告示第１９号）別表の「~~４-５~~」の居宅療養管理指導費のハの（２）又は指定介護予防サービスに要する費用の額の算定に関する基準（平成１８年厚生労働省告示第１２７号）別表の「５」の介護予防居宅療養管理指導費のハの（２）の基となる調剤に係る処方箋。ただし、単一建物居住者が１人の場合の処方箋については受付回数の計算に含める。

（９） 特定の保険医療機関と不動産の賃貸借取引関係にある保険薬局に関して、ここでいう不動産とは、土地及び建物を指すものとし、保険医療機関及び保険薬局の事業の用に供されるものに限るものである。また、ここでいう賃貸借取引関係とは、保険医療機関と保険薬局の事業者が直接不動産の賃貸借取引を契約している場合を指すものとし、保険医療機関及び保険薬局の開設者の近親者が当該契約の名義人となっている場合及び保険医療機関及び保険薬局が法人である場合の当該法人の役員が当該契約の名義人となっている場合を含むものである。

なお、特定の保険医療機関と不動産の賃貸借取引関係にある保険薬局とは、当該契約の名義が当該保険薬局の事業者の最終親会社等、（６）ア①から④までに定める者であるか否かにかかわらず、次のものを指すものである。

ア 保険薬局の個々の店舗について、その土地又は~~及び~~建物が特定の保険医療機関の所有である場合における当該店舗

イ（略）

第 90 調剤基本料の注 2 に規定する保険薬局（特別調剤基本料）

５ １の（１）については、病院である保険医療機関と不動産の賃貸借取引関係にある保険薬局である場合は、平成 28 年 10 月 1 日以降に開局したもの、診療所である保険医療機関と不動産の賃貸借取引関係にある保険薬局である場合は、平成 30 年 4 月 1 日以降に開局したものに限り「特定の保険医療機関と不動産の賃貸借取引関係にある保険薬局」と判断する。（ただし、平成 30 年 3 月 31 日以前に不動産の賃貸取引又は譲り渡しの契約若しくは建物の建築の契約を行うなど、当該開局に係る手続きが相当程度進捗している場合には、平成 30 年 4 月 1 日以降に開局したものと判断しない。６の（２）及び８の（２）において同じ。）。

第 91 調剤基本料の注 4 に規定する保険薬局

１ 次のいずれかに該当する保険薬局は「注 4」の規定により、調剤基本料を 100 分の 50 に減算する。

- (1) 当該保険薬局における医療用医薬品の取引価格の妥結率が5割以下であること。
- (2) 当該保険薬局における医療用医薬品の取引価格の妥結率、単品単価契約率及び一律値引き契約に係る状況について、地方厚生 (支) 局長 等 に報告していない保険薬局であること。
- (3) 薬剤師のかかりつけ機能に係る基本的な業務を1年間実施していない保険薬局であること。ただし、処方箋の受付回数が1月に600回以下の保険薬局である場合を除く。

3 薬剤師のかかりつけ機能に係る基本的な業務に関する留意点

- (1) 「薬剤師のかかりつけ機能に係る基本的な業務」は、以下のものをいう。
 - ・調剤料の時間外加算、休日加算及び深夜加算並びに夜間・休日等加算
 - ・薬剤服用歴管理指導料の麻薬管理指導加算 ~~—~~
 - ・薬剤服用歴管理指導料の重複投薬・相互作用等防止加算 ~~及び~~
 - ・在宅患者重複投薬・相互作用等防止管理料
 - ・かかりつけ薬剤師指導料及びかかりつけ薬剤師包括管理料
 - ・外来服薬支援料
 - ・服用薬剤調整支援料
 - ・在宅患者訪問薬剤管理指導料、在宅患者緊急訪問薬剤管理指導料及び在宅患者緊急時等共同指導料並びに居宅療養管理指導費及び介護予防居宅療養管理指導費を算定するに際して実施する業務
 - ・退院時共同指導料
 - ・服薬情報等提供料

第92 地域支援体制加算

1 地域支援体制加算に関する施設基準

- (1) 以下のア又はイの区分に応じ、それぞれに掲げる基準を満たすこと。

ア 調剤基本料1を算定する保険薬局

- (イ) 以下の①から③までの3つの要件を満たし、かつ、④及び⑤のいずれかの要件を満たすこと。 なお、②、④及び⑤については、保険薬局当たりの直近1年間の実績とする。

① (略)

- ② 在宅患者に対する薬学的管理及び指導の実績としては、当該加算の施設基準に係る届出時の直近1年間に在宅患者訪問薬剤管理指導料 (在宅患者オンライン服薬指導料を除く。第92において同じ。)、在宅患者緊急訪問薬剤管理指導料、在宅患者緊急時等共同指導料、居宅療養管理指導費又は介護予防居宅療養管理指導費の算定回数の合計が保険薬局当たりで12回以上であること。当該回数には、在宅協力薬局として連携した場合や同等の業務を行った場合を含めることができる(同一グループ薬局に対して業務を実施した場合を除く。)。なお、「同等の業務」とは、在宅患者訪問薬剤管理指導料で規定される患者1人あたりの同一月内の訪問回数を超えて行った訪問薬剤管理指導業務を含む。

③から⑤まで (略)

- (ロ) ④の「服薬情報等提供料が併算定不可となっているもので、相当する業務」とは次

のものをいう。

- ・ 薬剤服用歴管理指導料及びかかりつけ薬剤師指導料の特定薬剤管理指導加算 2
- ・ ~~薬剤服用歴管理指導料の吸入薬指導加算~~
- ・ 薬剤服用歴管理指導料の調剤後薬剤管理指導加算
- ・ 服用薬剤調整支援料 2
- ・ かかりつけ薬剤師指導料を算定している患者に対し、~~吸入薬指導加算~~、調剤後薬剤管理指導加算及び服薬情報等提供料の算定に相当する業務を実施した場合（薬剤服用歴の記録に詳細を記載するなどして、当該業務を実施したことが遡及して確認できるものでなければならないこと。）
- ・ かかりつけ薬剤師包括管理料を算定している患者に対し、特定薬剤管理指導加算 2、~~吸入薬指導加算~~、調剤後薬剤管理指導加算、服用薬剤調整支援料 2 又は服薬情報等提供料の算定に相当する業務を実施した場合（薬剤服用歴の記録に詳細を記載するなどして、当該業務を実施したことが遡及して確認できるものでなければならないこと。）

イ 調剤基本料 1 以外を算定する保険薬局

（イ） 地域医療への貢献に係る相当の実績として、以下の①から⑨までの 9 つの要件のうち 8 つ以上を満たすこと。この場合において、⑨の「薬剤師認定制度認証機構が認証している研修認定制度等の研修認定を取得した保険薬剤師が地域の多職種と連携する会議」への出席は、保険薬局当たりの直近 1 年間の実績とし、それ以外については常勤の保険薬剤師 1 人当たりの直近 1 年間の実績とする。

① 調剤料の~~時間外等~~加算及び~~夜間・休日等~~加算の算定回数の合計が 400 回以上であること。

②から⑨まで(略)

（ハ） かかりつけ薬剤師包括管理料を算定する患者については、⑧の服薬情報等提供料のほか、②の調剤料の麻薬を調剤した場合に加算される点数、③の重複投薬・相互作用防止~~等~~加算及び在宅患者重複投薬・相互作用等防止管理料、⑤の外来服薬支援料並びに⑥の服用薬剤調整支援料に相当する業務を実施した場合には、当該業務の実施回数を算定回数に含めることができる。この場合において、薬剤服用歴の記録に詳細を記載するなどして、当該業務を実施したことが遡及して確認確実に遡及できるものでなければならないこと。

（ニ） (略)

(20) 「薬局機能に関する情報の報告及び公表にあたっての留意点について」（平成 29 年 10 月 6 日付け薬食総発第 1006 第 1 号）に基づき、薬局機能情報提供制度において、「プレアボイド事例の把握・収集に関する取組の有無」を「有」として直近一年以内に都道府県に報告していること。

(23) 上記 (22) の処方箋集中率が 85%を超えるか否かの取扱いについては、「第 88 調剤基本料」の「~~3 調剤基本料に係る処方箋の受付回数、同一グループ及び不動産の賃貸借取引関係等に関する考え方~~ 2 調剤基本料の施設基準に関する留意点」の~~(3)~~に準じて行う。

第 93 後発医薬品調剤体制加算

4 後発医薬品調剤体制加算の施設基準に関する留意点

(1) 後発医薬品の規格単位数量の割合を算出する際に除外する医薬品

ア 経腸成分栄養剤

エレンタール配合内用剤、エレンタール P 乳幼児用配合内用剤、エンシュア・リキッド、エンシュア・H、ツインライン N F 配合経腸用液、ラコール N F 配合経腸用液、エネーボ配合経腸用液、ラコール NF 配合経腸用半固形剤及びイノラス配合経腸用液

イ 特殊ミルク製剤

フェニルアラニン除去ミルク配合散「雪印」及びロイシン・イソロイシン・バリン除去ミルク配合散「雪印」

ウ 生薬（薬効分類番号 510）

エ 漢方製剤（薬効分類番号 520）

~~オエ~~ その他の生薬及び漢方処方に基づく医薬品（薬効分類番号 590）

第 94 調剤基本料の注 7 に規定する厚生労働大臣が定める保険薬局

~~5-3~~ 調剤基本料の注 7 に係る規定は、令和 2 年 9 月 30 日までの間に限り、なお従前の例による。

第 97 薬剤服用歴管理指導料 ~~の 4（情報通信機器を用いた服薬指導）の注 3 に規定する保険薬局~~

1 薬剤服用歴管理指導料の ~~4 に関する注 3 に規定する~~施設基準

(1)・(2) (略)

第 ~~10099~~ かかりつけ薬剤師指導料及びかかりつけ薬剤師包括管理料

1・2 (略)

第 ~~101+00~~ 在宅患者オンライン服薬指導料

1・2 (略)

(参考)

※ 本様式は保険医療機関が届出に当たり確認に用いるための参考様式であって、届出書に添付する必要はない。

1 「区分」欄ごとに、「今回届出」欄、「既届出」欄又は「算定しない」欄のいずれかにチェックする。

2 「今回届出」欄にチェックをした場合は、「様式」欄に示す様式を添付する。

3 「既届出」欄にチェックをした場合は、届出年月を記載する。

4 届出保険医療機関において「区分」欄に掲げる診療報酬を算定しない場合は、「算定しない」欄をチェックする。

施設基 準通知	名 称	今回 届出	既届出			算定 しない	様式（別添2 （又は別添2の2））
1の2	ウイルス疾患指導料	☐	☐	年	月	☐	1, 4
1の6	外来栄養食事指導料（注2）	☐	☐	年	月	☐	1の2
1の7	遠隔モニタリング加算（ペースメーカー指導管理料）	☐	☐	年	月	☐	1の3
3	喘息治療管理料	☐	☐	年	月	☐	3
4	糖尿病合併症管理料	☐	☐	年	月	☐	別添2の2
4の2	がん性疼痛緩和指導管理料	☐	☐	年	月	☐	別添2の2
4の3	がん患者指導管理料	☐	☐	年	月	☐	5の3
4の4	外来緩和ケア管理料	☐	☐	年	月	☐	5の4
4の5	移植後患者指導管理料	☐	☐	年	月	☐	5の5
4の6	糖尿病透析予防指導管理料	☐	☐	年	月	☐	5の6, 5の8
4の7	小児運動器疾患指導管理料	☐	☐	年	月	☐	別添2の2
4の8	乳腺炎重症化予防ケア・指導料	☐	☐	年	月	☐	別添2の2
4の9	婦人科特定疾患治療管理料	☐	☐	年	月	☐	5の10
4の10	腎代替療法指導管理料	☐	☐	年	月	☐	別添2の2
5	小児科外来診療料	☐	☐	年	月	☐	別添2の2
6	地域連携小児夜間・休日診療料1	☐	☐	年	月	☐	7
6	地域連携小児夜間・休日診療料2	☐	☐	年	月	☐	7
6の3	地域連携夜間・休日診療料	☐	☐	年	月	☐	7の2
6の4	院内トリアージ実施料	☐	☐	年	月	☐	7の3
6の5	救急搬送看護体制加算	☐	☐	年	月	☐	7の3
6の7	外来放射線照射診療料	☐	☐	年	月	☐	7の6
6の8	地域包括診療料1	☐	☐	年	月	☐	7の7
6の8	地域包括診療料2	☐	☐	年	月	☐	7の7
6の8の3	小児かかりつけ診療料	☐	☐	年	月	☐	7の8
7	ニコチン依存症管理料	☐	☐	年	月	☐	8, 4
7の2	療養・就労両立支援指導料	☐	☐	年	月	☐	8の3
8	開放型病院共同指導料	☐	☐	年	月	☐	9, 10
9	在宅療養支援診療所	☐	☐	年	月	☐	11, 11の3, 11の4, 11の5
11	ハイリスク妊産婦共同管理料（I）	☐	☐	年	月	☐	13
11の2	がん治療連携計画策定料	☐	☐	年	月	☐	13の2, 13の3
11の2	がん治療連携指導料	☐	☐	年	月	☐	13の2
11の3の3	外来排尿自立指導料	☐	☐	年	月	☐	13の4
11の3の4	ハイリスク妊産婦連携指導料	☐	☐	年	月	☐	別添2の2
11の5	肝炎インターフェロン治療計画料	☐	☐	年	月	☐	13の6
12	薬剤管理指導料	☐	☐	年	月	☐	14, 4
12の1の2	地域連携診療計画加算	☐	☐	年	月	☐	12, 12の2
12の1の2	検査・画像情報提供加算及び電子的診療情報評価料	☐	☐	年	月	☐	14の2
12の2	医療機器安全管理料1	☐	☐	年	月	☐	15
12の2	医療機器安全管理料2	☐	☐	年	月	☐	15
12の2	医療機器安全管理料（歯科）	☐	☐	年	月	☐	15
12の3	精神科退院時共同指導料	☐	☐	年	月	☐	16

施設基準通知	名 称	今回届出	既届出	算定しない	様式（別添2（又は別添2の2））
13	総合医療管理加算（歯科疾患管理料）	☐	☐ 年 月	☐	17
13	歯科治療時医療管理料	☐	☐ 年 月	☐	17
13の2	かかりつけ歯科医機能強化型歯科診療所	☐	☐ 年 月	☐	17の2
14	在宅療養支援歯科診療所 1	☐	☐ 年 月	☐	18
14	在宅療養支援歯科診療所 2	☐	☐ 年 月	☐	18
14の2	在宅療養支援病院	☐	☐ 年 月	☐	11の2, 11の3, 11の4, 11の5
14の3	在宅総合医療管理加算（歯科疾患在宅療養管理料）	☐	☐ 年 月	☐	17
14の3	在宅患者歯科治療時医療管理料	☐	☐ 年 月	☐	17
15	在宅時医学総合管理料及び施設入居時等医学総合管理料	☐	☐ 年 月	☐	19
16	在宅がん医療総合診療料	☐	☐ 年 月	☐	20
16の2	在宅患者訪問看護・指導料及び同一建物居住者訪問看護・指導料の注2	☐	☐ 年 月	☐	20の2の2
16の2	訪問看護・指導体制充実加算	☐	☐ 年 月	☐	20の3
16の3	在宅療養後方支援病院	☐	☐ 年 月	☐	20の4, 20の5
16の4	在宅患者訪問褥瘡管理指導料	☐	☐ 年 月	☐	20の7
16の5	在宅血液透析指導管理料	☐	☐ 年 月	☐	20の2
16の6	遠隔モニタリング加算（在宅酸素療法指導管理料）	☐	☐ 年 月	☐	20の3の2
16の7	遠隔モニタリング加算（在宅持続陽圧呼吸療法指導管理料）	☐	☐ 年 月	☐	別添2の2
16の8	在宅植込型補助人工心臓（非拍動流型）指導管理料	☐	☐ 年 月	☐	20の9
16の9	在宅腫瘍治療電場療法指導管理料	☐	☐ 年 月	☐	20の10, 52
16の10	在宅経肛門的自己洗腸指導管理料	☐	☐ 年 月	☐	20の11
16の11	持続血糖測定器加算	☐	☐ 年 月	☐	24の5
17	歯科訪問診療料に係る地域医療連携体制加算	☐	☐ 年 月	☐	21
17の1の2	歯科訪問診療料の注13に規定する基準	☐	☐ 年 月	☐	21の3の2
17の2	在宅歯科医療推進加算	☐	☐ 年 月	☐	21の4
18の1の2	遺伝学的検査	☐	☐ 年 月	☐	23
18の1の3	骨髄微小残存病変量測定	☐	☐ 年 月	☐	23の2
18の1の4	B R C A 1 / 2 遺伝子検査	☐	☐ 年 月	☐	23の3
18の1の5	がんゲノムプロファイリング検査	☐	☐ 年 月	☐	23の4
18の1の6	角膜ジストロフィー遺伝子検査	☐	☐ 年 月	☐	23の5
18の1の7	先天性代謝異常症検査	☐	☐ 年 月	☐	23の6
18の1の9	抗H L A抗体（スクリーニング検査）及び抗H L A抗体（抗体特異性同定検査）	☐	☐ 年 月	☐	5の5
18の2	H P V核酸検出及びH P V核酸検出（簡易ジェノタイプ判定）	☐	☐ 年 月	☐	22の2
18の2の3	ウイルス・細菌核酸多項目同時検出	☐	☐ 年 月	☐	22の3
19	検体検査管理加算（Ⅰ）	☐	☐ 年 月	☐	22
19の2	検体検査管理加算（Ⅱ）	☐	☐ 年 月	☐	22
20	検体検査管理加算（Ⅲ）	☐	☐ 年 月	☐	22
20の2	検体検査管理加算（Ⅳ）	☐	☐ 年 月	☐	22
20の3	国際標準検査管理加算	☐	☐ 年 月	☐	22
21	遺伝カウンセリング加算	☐	☐ 年 月	☐	23
21の2	遺伝性腫瘍カウンセリング加算	☐	☐ 年 月	☐	23の4
22	心臓カテーテル法による諸検査の血管内視鏡検査加算	☐	☐ 年 月	☐	24
22の3	時間内歩行試験及びシャトルウォーキングテスト	☐	☐ 年 月	☐	24の6
22の4	胎児心エコー法	☐	☐ 年 月	☐	24の3, 52
22の5	ヘッドアップティルト試験	☐	☐ 年 月	☐	24の7
23	人工臓器検査	☐	☐ 年 月	☐	24の4, 4
23の2	皮下連続式グルコース測定	☐	☐ 年 月	☐	24の5

施設基準通知	名 称	今回届出	既届出	算定しない	様式（別添２（又は別添２の２））
24	長期継続頭蓋内脳波検査	☐	☐ 年 月	☐	25
24の2	長期脳波ビデオ同時記録検査 1	☐	☐ 年 月	☐	25の2, 52
25	中枢神経磁気刺激による誘発筋電図	☐	☐ 年 月	☐	26
25の2	単維筋電図	☐	☐ 年 月	☐	27の4, 52
25の3	光トポグラフィー	☐	☐ 年 月	☐	26の2, 52
26	脳磁図	☐	☐ 年 月	☐	27
26の1の2	安全精度管理下で行うもの（終夜睡眠ポリグラフィー）	☐	☐ 年 月	☐	27の2の2, 52
26の1の3	脳波検査判断料 1	☐	☐ 年 月	☐	27の2
26の1の4	遠隔脳波診断	☐	☐ 年 月	☐	27の3
26の2	神経学的検査	☐	☐ 年 月	☐	28
27	補聴器適合検査	☐	☐ 年 月	☐	29
27の2	黄斑局所網膜電図及び全視野精密網膜電図	☐	☐ 年 月	☐	29の3
27の3	ロービジョン検査判断料	☐	☐ 年 月	☐	29の2
28	コンタクトレンズ検査料	☐	☐ 年 月	☐	30
29	小児食物アレルギー負荷検査	☐	☐ 年 月	☐	31
29の2	内服・点滴誘発試験	☐	☐ 年 月	☐	31の2
29の3	センチネルリンパ節生検（片側）	☐	☐ 年 月	☐	31の3, 52
29の4	ＣＴ透視下気管支鏡検査加算	☐	☐ 年 月	☐	38
29の4の2	経気管支凍結生検法	☐	☐ 年 月	☐	38の4
29の5	有床義歯咀嚼機能検査、咀嚼能力検査及び咬合圧検査	☐	☐ 年 月	☐	38の1の2
29の6	精密触覚機能検査	☐	☐ 年 月	☐	38の1の3
29の7	睡眠時歯科筋電図検査	☐	☐ 年 月	☐	38の1の4
30	画像診断管理加算 1	☐	☐ 年 月	☐	32
30	画像診断管理加算 2	☐	☐ 年 月	☐	32
30	画像診断管理加算 3	☐	☐ 年 月	☐	32
31	歯科画像診断管理加算	☐	☐ 年 月	☐	33
32	遠隔画像診断	☐	☐ 年 月	☐	34又は35
33	ポジトロン断層撮影、ポジトロン断層・コンピューター断層複合撮影、ポジトロン断層・磁気共鳴コンピューター断層複合撮影又は乳房用ポジトロン断層撮影	☐	☐ 年 月	☐	36
34	ＣＴ撮影及びＭＲＩ撮影	☐	☐ 年 月	☐	37
35	冠動脈ＣＴ撮影加算	☐	☐ 年 月	☐	38
35の2	血流予備量比コンピューター断層撮影	☐	☐ 年 月	☐	37の2, 52
35の3	外傷全身ＣＴ加算	☐	☐ 年 月	☐	38
36	心臓ＭＲＩ撮影加算	☐	☐ 年 月	☐	38
36の1の2	乳房ＭＲＩ撮影加算	☐	☐ 年 月	☐	38
36の1の3	小児鎮静下ＭＲＩ撮影加算	☐	☐ 年 月	☐	38
36の1の4	頭部ＭＲＩ撮影加算	☐	☐ 年 月	☐	38
36の1の5	全身ＭＲＩ撮影加算	☐	☐ 年 月	☐	38
36の2	抗悪性腫瘍剤処方管理加算	☐	☐ 年 月	☐	38の2
36の3	外来後発医薬品使用体制加算	☐	☐ 年 月	☐	38の3
37	外来化学療法加算 1	☐	☐ 年 月	☐	39
37	外来化学療法加算 2	☐	☐ 年 月	☐	39
37	連携充実加算	☐	☐ 年 月	☐	39の2
37の2	無菌製剤処理料	☐	☐ 年 月	☐	40, 4
38	心大血管疾患リハビリテーション料（Ⅰ）	☐	☐ 年 月	☐	41, 44の2
39	心大血管疾患リハビリテーション料（Ⅱ）	☐	☐ 年 月	☐	41, 44の2
40	脳血管疾患等リハビリテーション料（Ⅰ）	☐	☐ 年 月	☐	42, 44の2
40の2	脳血管疾患等リハビリテーション料（Ⅱ）	☐	☐ 年 月	☐	42, 44の2

施設基準通知	名 称	今回届出	既届出	算定しない	様式（別添2（又は別添2の2））
41	脳血管疾患等リハビリテーション料（Ⅲ）	☐	☐ 年 月	☐	42, 44の2
42	運動器リハビリテーション料（Ⅰ）	☐	☐ 年 月	☐	42, 44の2
42の2	運動器リハビリテーション料（Ⅱ）	☐	☐ 年 月	☐	42, 44の2
43	運動器リハビリテーション料（Ⅲ）	☐	☐ 年 月	☐	42, 44の2
44	呼吸器リハビリテーション料（Ⅰ）	☐	☐ 年 月	☐	42, 44の2
45	呼吸器リハビリテーション料（Ⅱ）	☐	☐ 年 月	☐	42, 44の2
45の2	摂食機能療法（摂食嚥下支援加算）	☐	☐ 年 月	☐	43の6の2, 44の2
46	難病患者リハビリテーション料	☐	☐ 年 月	☐	43, 44の2
47	障害児（者）リハビリテーション料	☐	☐ 年 月	☐	43, 44の2
47の2	がん患者リハビリテーション料	☐	☐ 年 月	☐	43の2, 44の2
47の3	認知症患者リハビリテーション料	☐	☐ 年 月	☐	43の3, 44の2
47の3の2	リンパ浮腫複合的治療料	☐	☐ 年 月	☐	43の7
47の4	集団コミュニケーション療法料	☐	☐ 年 月	☐	44, 44の2
47の5	歯科口腔リハビリテーション料2	☐	☐ 年 月	☐	44の4
47の6	経頭蓋磁気刺激療法	☐	☐ 年 月	☐	44の8
47の7	通院・在宅精神療法（児童思春期精神科専門管理加算）	☐	☐ 年 月	☐	44の5
47の7	通院・在宅精神療法（療養生活環境整備指導加算）	☐	☐ 年 月	☐	44の5の2
47の8	救急患者精神科継続支援料	☐	☐ 年 月	☐	44の6
48	認知療法・認知行動療法	☐	☐ 年 月	☐	44の3
48の1の2	依存症集団療法	☐	☐ 年 月	☐	44の7
48の2	精神科作業療法	☐	☐ 年 月	☐	45, 4
49	精神科ショート・ケア「大規模なもの」	☐	☐ 年 月	☐	46, 4
50	精神科ショート・ケア「小規模なもの」	☐	☐ 年 月	☐	46, 4
51	精神科デイ・ケア「大規模なもの」	☐	☐ 年 月	☐	46, 4
52	精神科デイ・ケア「小規模なもの」	☐	☐ 年 月	☐	46, 4
53	精神科ナイト・ケア	☐	☐ 年 月	☐	46, 4
54	精神科デイ・ナイト・ケア	☐	☐ 年 月	☐	46, 4
54の2	抗精神病特定薬剤治療指導管理料（治療抵抗性統合失調症治療指導管理料に限る。）	☐	☐ 年 月	☐	46の3
55	重度認知症患者デイ・ケア料	☐	☐ 年 月	☐	47, 4
55の2	精神科在宅患者支援管理料1又は2	☐	☐ 年 月	☐	47の2
55の2	精神科在宅患者支援管理料3	☐	☐ 年 月	☐	別添2の2
56	医療保護入院等診療料	☐	☐ 年 月	☐	48
56の2	処置の休日加算1、時間外加算1及び深夜加算1	☐	☐ 年 月	☐	48の2, 48の2の2, 48の3, 48の4, 4（基本別添7）13の4
56の2の2	静脈圧迫処置（慢性静脈不全に対するもの）	☐	☐ 年 月	☐	48の5
56の2の3	多血小板血漿処置	☐	☐ 年 月	☐	48の7
56の3	硬膜外自家血注入	☐	☐ 年 月	☐	52, 48の6
57	イソールの局所注入（甲状腺に対するもの）	☐	☐ 年 月	☐	49
57	イソールの局所注入（副甲状腺に対するもの）	☐	☐ 年 月	☐	49の2
57の2	人工腎臓	☐	☐ 年 月	☐	87の4, 2の2, 49の3
57の2の2	下肢末梢動脈疾患指導管理加算	☐	☐ 年 月	☐	49の3の2
57の2の3	人工膀胱療法	☐	☐ 年 月	☐	4, 24の4
57の3	磁気による膀胱等刺激法	☐	☐ 年 月	☐	49の4
57の4の2	心不全に対する遠赤外線温熱療法	☐	☐ 年 月	☐	49の4の2, 52
57の4の3	歩行運動処置（ロボットスーツによるもの）	☐	☐ 年 月	☐	49の6, 4, 49の7
57の4の4	手術用顕微鏡加算	☐	☐ 年 月	☐	49の8
57の4の5	口腔粘膜処置	☐	☐ 年 月	☐	49の9

施設基準通知	名 称	今回届出	既届出			算定しない	様式（別添２ （又は別添２の２））
57の5	う蝕歯無痛的窩洞形成加算	☐	☐	年	月	☐	50
57の6	C A D／C A M冠	☐	☐	年	月	☐	50の2
57の7	有床義歯修理及び有床義歯内面適合法の歯科技工加算	☐	☐	年	月	☐	50の3
57の8	皮膚悪性腫瘍切除術（センチネルリンパ節加算を算定する場合に限る。）	☐	☐	年	月	☐	50の4, 52
57の8の2	皮膚移植術（死体）	☐	☐	年	月	☐	87の6, 52
57の9	組織拡張器による再建手術（一連につき）（乳房（再建手術）の場合に限る。）	☐	☐	年	月	☐	50の5
57の9の2	処理骨再建加算	☐	☐	年	月	☐	50の5の3, 52
57の9の3	骨移植術（軟骨移植術を含む。）（同種骨移植（非生体）（同種骨移植（特殊なものに限る。）））	☐	☐	年	月	☐	50の5の2
57の10	骨移植術（軟骨移植術を含む。）（自家培養軟骨移植術に限る。）	☐	☐	年	月	☐	50の6, 52
57の11	後縦靱帯骨化症手術（前方進入によるもの）	☐	☐	年	月	☐	52, 87の7
57の12	椎間板内酵素注入療法	☐	☐	年	月	☐	50の7
58	腫瘍脊椎骨全摘術	☐	☐	年	月	☐	51, 52
58の2	脳腫瘍覚醒下マッピング加算	☐	☐	年	月	☐	51の2, 52
58の3	原発性悪性脳腫瘍光線力学療法加算	☐	☐	年	月	☐	51の3
59	頭蓋骨形成手術（骨移動を伴うものに限る。）	☐	☐	年	月	☐	52, 54
60	脳刺激装置植込術（頭蓋内電極植込術を含む。）及び脳刺激装置交換術、脊髄刺激装置植込術及び脊髄刺激装置交換術	☐	☐	年	月	☐	25
60の2	頭蓋内電極植込術（脳深部電極によるもの（7本以上の電極による場合）に限る。）	☐	☐	年	月	☐	25の3
60の2の2	仙骨神経刺激装置植込術及び仙骨神経刺激装置交換術	☐	☐	年	月	☐	53
60の3	治療的角膜切除術（エキシマレーザーによるもの（角膜ジストロフィー又は帯状角膜変性に係るものに限る。））	☐	☐	年	月	☐	52, 54の2
60の3の2	内皮移植加算	☐	☐	年	月	☐	54の2の2
60の4	羊膜移植術	☐	☐	年	月	☐	52, 54の3
60の5	緑内障手術（緑内障治療用インプラント挿入術（プレートのあるもの））	☐	☐	年	月	☐	52, 54の4
60の6	緑内障手術（水晶体再建術併用眼内ドレーン挿入術）	☐	☐	年	月	☐	52, 54の8
60の7	網膜付着組織を含む硝子体切除術（眼内内視鏡を用いるもの）	☐	☐	年	月	☐	52, 54の5
60の8	網膜再建術	☐	☐	年	月	☐	52, 54の6
61	人工中耳植込術、人工内耳植込術、植込型骨導補聴器移植術及び植込型骨導補聴器交換術	☐	☐	年	月	☐	52, 55
61の2	内視鏡下鼻・副鼻腔手術V型（拡大副鼻腔手術）	☐	☐	年	月	☐	52, 54の7
61の2の2	鏡視下咽頭悪性腫瘍手術（軟口蓋悪性腫瘍手術を含む。）	☐	☐	年	月	☐	52, 56の7
61の2の3	鏡視下喉頭悪性腫瘍手術	☐	☐	年	月	☐	52, 56の7
61の2の4	喉頭形成手術（甲状軟骨固定用器具を用いたもの）	☐	☐	年	月	☐	52, 87の5
61の3	上顎骨形成術（骨移動を伴う場合に限る。）（歯科診療以外の診療に係るものに限る。）、下顎骨形成術（骨移動を伴う場合に限る。）（歯科診療以外の診療に係るものに限る。）	☐	☐	年	月	☐	52, 56
61の4の2	顎関節人工関節全置換術（歯科診療以外の診療に係るものに限る。）	☐	☐	年	月	☐	56の8
61の4の3	顎関節人工関節全置換術（歯科診療に係るものに限る。）	☐	☐	年	月	☐	56の8
61の4の4	内視鏡下甲状腺部分切除、腺腫摘出術、内視鏡下パセドウ甲状腺全摘（亜全摘）術（両葉）、内視鏡下副甲状腺（上皮小体）腺腫過形成手術	☐	☐	年	月	☐	52, 56の4
61の4の5	内視鏡下甲状腺悪性腫瘍手術	☐	☐	年	月	☐	52, 56の4
61の4の6	乳腺腫瘍画像ガイド下吸引術（M R Iによるもの）	☐	☐	年	月	☐	38
61の5	乳腺悪性腫瘍手術（乳がんセンチネルリンパ節加算１又は乳がんセンチネルリンパ節加算２を算定する場合に限る。）	☐	☐	年	月	☐	52, 56の2
61の5	乳腺悪性腫瘍手術（乳輪温存乳房切除術（腋窩郭清を伴わないもの）及び乳輪温存乳房切除術（腋窩郭清を伴うもの））	☐	☐	年	月	☐	52, 56の5
61の6	ゲル充填人工乳房を用いた乳房再建術（乳房切除後）	☐	☐	年	月	☐	50の5
61の6の2	胸腔鏡下拡大胸腺摘出術（内視鏡手術用支援機器を用いる場合）	☐	☐	年	月	☐	52, 87の22

施設基準通知	名 称	今回届出	既届出	算定しない	様式（別添2（又は別添2の2））
61の7	胸腔鏡下縦隔悪性腫瘍手術及び胸腔鏡下良性縦隔腫瘍手術（内視鏡手術用支援機器を用いる場合）	☐	☐ 年 月	☐	52, 87の8
61の7の2	肺悪性腫瘍手術（壁側・臓側胸膜全切除（横隔膜、心膜合併切除を伴うもの）に限る。）	☐	☐ 年 月	☐	52, 56の6
61の7の3	胸腔鏡下肺悪性腫瘍手術（肺葉切除又は1肺葉を超えるもので、内視鏡手術用支援機器を用いる場合）	☐	☐ 年 月	☐	52, 87の17
62	同種死体肺移植術	☐	☐ 年 月	☐	57
62の2	生体部分肺移植術	☐	☐ 年 月	☐	52, 58
62の2の2	胸腔鏡下食道悪性腫瘍手術（内視鏡手術用支援機器を用いる場合）	☐	☐ 年 月	☐	52, 87の10
62の2の3	縦隔鏡下食道悪性腫瘍手術（内視鏡手術用支援機器を用いる場合）	☐	☐ 年 月	☐	52, 87の10の2
62の2の4	内視鏡下筋層切開術	☐	☐ 年 月	☐	52, 58の2
62の2の5	食道縫合術（穿孔、損傷）（内視鏡によるもの）、内視鏡下胃・十二指腸穿孔瘻孔閉鎖術、胃瘻閉鎖術（内視鏡によるもの）、小腸瘻閉鎖術（内視鏡によるもの）、結腸瘻閉鎖術（内視鏡によるもの）、腎（腎盂）腸瘻閉鎖術（内視鏡によるもの）、尿管腸瘻閉鎖術（内視鏡によるもの）、膀胱腸瘻閉鎖術（内視鏡によるもの）及び腔腸瘻閉鎖術（内視鏡によるもの）	☐	☐ 年 月	☐	87の9
63	経皮的冠動脈形成術（特殊カテーテルによるもの）	☐	☐ 年 月	☐	52, 59
63の2の2	胸腔鏡下弁形成術及び胸腔鏡下弁置換術	☐	☐ 年 月	☐	52, 87の11
63の3	経カテーテル大動脈弁置換術	☐	☐ 年 月	☐	52, 59の2
63の4	経皮的僧帽弁クリップ術	☐	☐ 年 月	☐	52, 87の12
63の5	胸腔鏡下動脈管開存閉鎖術	☐	☐ 年 月	☐	52, 59の3
63の5の2	不整脈手術（左心耳閉鎖術（経カテーテル的手術によるもの）に限る。）	☐	☐ 年 月	☐	52, 59の3の2
63の6	経皮的カテーテル心筋焼灼術における磁気ナビゲーション加算	☐	☐ 年 月	☐	52, 59の4
64	経皮的中隔心筋焼灼術	☐	☐ 年 月	☐	52, 60
65	ペースメーカー移植術及びペースメーカー交換術	☐	☐ 年 月	☐	24, 52
66	両心室ペースメーカー移植術及び両心室ペースメーカー交換術	☐	☐ 年 月	☐	52, 61
67	植込型除細動器移植術、植込型除細動器交換術及び経静脈電極拔去術	☐	☐ 年 月	☐	52, 62
67の2	両室ペーシング機能付き植込型除細動器移植術及び両室ペーシング機能付き植込型除細動器交換術	☐	☐ 年 月	☐	52, 63
68	大動脈バルーンポンピング法（IABP法）	☐	☐ 年 月	☐	24
68の2	経皮的循環補助法（ポンプカテーテルを用いたもの）	☐	☐ 年 月	☐	52, 87の13
69	補助人工心臓	☐	☐ 年 月	☐	52, 64
69の2	小児補助人工心臓	☐	☐ 年 月	☐	52, 64の2
70の2	植込型補助人工心臓（非拍動流型）	☐	☐ 年 月	☐	52, 65の3
71	同種心移植術	☐	☐ 年 月	☐	57
72	同種心肺移植術	☐	☐ 年 月	☐	57
72の1の2	骨格筋由来細胞シート心表面移植術	☐	☐ 年 月	☐	65の3の2
72の2の2	経皮的下肢動脈形成術	☐	☐ 年 月	☐	65の3の3
72の3	内視鏡下下肢静脈瘤不全穿通枝切離術	☐	☐ 年 月	☐	52, 65の4
72の4	腹腔鏡下リンパ節群郭清術（後腹膜）	☐	☐ 年 月	☐	52, 65の4の2, 別添2の2
72の4の2	腹腔鏡下小切開骨盤内リンパ節群郭清術	☐	☐ 年 月	☐	52, 65の5
72の5	腹腔鏡下小切開後腹膜リンパ節群郭清術	☐	☐ 年 月	☐	52, 65の5
72の7	腹腔鏡下小切開後腹膜腫瘍摘出術及び腹腔鏡下小切開後腹膜悪性腫瘍手術	☐	☐ 年 月	☐	52, 65の5
72の7の2	腹腔鏡下十二指腸局所切除術（内視鏡処置を併施するもの）	☐	☐ 年 月	☐	52, 65の8
72の7の3	腹腔鏡下胃切除術（内視鏡手術用支援機器を用いる場合）	☐	☐ 年 月	☐	52, 87の14
72の7の4	腹腔鏡下噴門側胃切除術（内視鏡手術用支援機器を用いる場合）	☐	☐ 年 月	☐	52, 87の14
72の7の5	腹腔鏡下胃全摘術（内視鏡手術用支援機器を用いる場合）	☐	☐ 年 月	☐	52, 87の14
72の8	腹腔鏡下胃縮小術（スリーブ状切除によるもの）	☐	☐ 年 月	☐	52, 65の6
72の8の2	バルーン閉塞下経静脈的塞栓術	☐	☐ 年 月	☐	52, 87の15

施設基準通知	名 称	今回届出	既届出			算定しない	様式（別添２（又は別添２の２））
				年	月		
72の9	胆管悪性腫瘍手術（膵頭十二指腸切除及び肝切除（葉以上）を伴うものに限る。）	☐	☐			☐	52, 65の7
73	体外衝撃波胆石破碎術	☐	☐			☐	66
73の2	腹腔鏡下肝切除術	☐	☐			☐	52, 66の2
73の3	腹腔鏡下胆道閉鎖症手術	☐	☐			☐	52, 87の16
74	生体部分肝移植術	☐	☐			☐	52, 67
75	同種死体肝移植術	☐	☐			☐	57
75の2	体外衝撃波膵石破碎術	☐	☐			☐	66
75の3	腹腔鏡下膵腫瘍摘出術及び腹腔鏡下膵体尾部腫瘍切除術	☐	☐			☐	52, 67の2
75の3	腹腔鏡下膵体尾部腫瘍切除術（内視鏡手術用支援機器を用いる場合）	☐	☐			☐	52, 67の2の2
75の4	腹腔鏡下膵頭部腫瘍切除術	☐	☐			☐	52, 67の2の3
75の4	腹腔鏡下膵頭部腫瘍切除術（内視鏡手術用支援機器を用いる場合）	☐	☐			☐	52, 67の2の4
76	同種死体膵移植術、同種死体膵腎移植術	☐	☐			☐	57
76の2	同種死体膵島移植術	☐	☐			☐	52, 57の2
76の2の2	生体部分小腸移植術	☐	☐			☐	52, 87の17の2
76の3	同種死体小腸移植術	☐	☐			☐	57
76の4	早期悪性腫瘍大腸粘膜下層剥離術	☐	☐			☐	52, 67の3
76の5	腹腔鏡下小切開副腎摘出術	☐	☐			☐	52, 65の5
76の6	腹腔鏡下直腸切除・切断術（内視鏡手術用支援機器を用いる場合）	☐	☐			☐	52, 87の18
77	体外衝撃波腎・尿管結石破碎術	☐	☐			☐	66
77の2	腹腔鏡下小切開腎部分切除術、腹腔鏡下小切開腎摘出術、腹腔鏡下小切開腎（尿管）悪性腫瘍手術	☐	☐			☐	52, 65の5
77の3	腎腫瘍凝固・焼灼術（冷凍凝固によるもの）	☐	☐			☐	68の2
77の3の2	腹腔鏡下腎悪性腫瘍手術（内視鏡手術用支援機器を用いるもの）	☐	☐			☐	52, 68の3
77の3の3	腹腔鏡下腎盂形成手術（内視鏡手術用支援機器を用いる場合）	☐	☐			☐	52, 68の4
77の4	同種死体腎移植術	☐	☐			☐	57
77の5	生体腎移植術	☐	☐			☐	52, 69
77の6	腹腔鏡下小切開尿管腫瘍摘出術	☐	☐			☐	52, 65の5
77の7	膀胱水圧拡張術	☐	☐			☐	52, 69の2
77の8	腹腔鏡下小切開膀胱腫瘍摘出術	☐	☐			☐	52, 65の5
77の9	腹腔鏡下膀胱悪性腫瘍手術	☐	☐			☐	52, 69の3
77の9	腹腔鏡下膀胱悪性腫瘍手術（内視鏡手術用支援機器を用いる場合）	☐	☐			☐	52, 69の5
77の10	腹腔鏡下小切開膀胱悪性腫瘍手術	☐	☐			☐	52, 69の3
77の11	人工尿道括約筋植込・置換術	☐	☐			☐	69の4
77の12	焦点式高エネルギー超音波療法	☐	☐			☐	52, 70
78	腹腔鏡下前立腺悪性腫瘍手術	☐	☐			☐	52, 71
78の2	腹腔鏡下小切開前立腺悪性腫瘍手術	☐	☐			☐	52, 65の5
78の2の2	腹腔鏡下前立腺悪性腫瘍手術（内視鏡手術用支援機器を用いるもの）	☐	☐			☐	52, 71の1の2
78の2の3	腹腔鏡下仙骨腫固定術	☐	☐			☐	52, 71の1の3
78の2の3	腹腔鏡下仙骨腫固定手術（内視鏡手術用支援機器を用いる場合）	☐	☐			☐	52, 71の1の4
78の3	腹腔鏡下腔式子宮全摘術（内視鏡手術用支援機器を用いる場合）	☐	☐			☐	52, 87の19
78の3の2	腹腔鏡下子宮悪性腫瘍手術（子宮体がんに限る。）	☐	☐			☐	52, 71の2
78の3の2	腹腔鏡下子宮悪性腫瘍手術（子宮頸がんに限る。）	☐	☐			☐	52, 71の2
78の3の2	腹腔鏡下子宮悪性腫瘍手術（子宮体がんに対して内視鏡手術用支援機器を用いる場合）	☐	☐			☐	52, 71の5
78の4	内視鏡的胎盤吻合血管レーザー焼灼術	☐	☐			☐	52, 71の3
78の5	胎児胸腔・羊水腔シャント術	☐	☐			☐	52, 71の4
78の5の2	無心体双胎焼灼術（一連につき）	☐	☐			☐	52, 71の4
78の5の3	胎児輸血術（一連につき）	☐	☐			☐	52, 71の4

施設基 準通知	名 称	今回 届出	既届出	算定 しない	様式（別添 2 （又は別添 2 の 2））
78の6	医科点数表第 2 章第10部手術の通則 4（性同一性障害の患者に対して行うものに限る。）に掲げる手術	☐	☐ 年 月	☐	52, 87の20
79の2	手術の休日加算 1、時間外加算 1 及び深夜加算 1	☐	☐ 年 月	☐	48の2, 48の2の2, 48の3, 48の4, 4, (基本別添7) 13の4
79の3	胃瘻造設術（内視鏡下胃瘻造設術、腹腔鏡下胃瘻造設術を含む。）	☐	☐ 年 月	☐	43の4, 43の5
79の4	医科点数表第 2 章第10部手術の通則の19に掲げる手術	☐	☐ 年 月	☐	87の23
80	輸血管理料Ⅰ	☐	☐ 年 月	☐	73
80	輸血管理料Ⅱ	☐	☐ 年 月	☐	73
80	輸血適正使用加算	☐	☐ 年 月	☐	73
80	貯血式自己血輸血管理体制加算	☐	☐ 年 月	☐	73
80の2	コーディネート体制充実加算	☐	☐ 年 月	☐	87の21
80の3	自己生体組織接着剤作成術	☐	☐ 年 月	☐	73の2
80の3の2	自己クリオプレシピテート作製術（用手法）及び同種クリオプレシピテート作製術	☐	☐ 年 月	☐	73の2
80の4	人工肛門・人工膀胱造設術前処置加算	☐	☐ 年 月	☐	73の3
80の5	胃瘻造設時嚥下機能評価加算	☐	☐ 年 月	☐	43の4, 43の5
80の5の2	凍結保存同種組織加算	☐	☐ 年 月	☐	52, 73の5
80の6	歯周組織再生誘導手術	☐	☐ 年 月	☐	74
80の7	手術時歯根面レーザー応用加算	☐	☐ 年 月	☐	50
80の8	広範囲顎骨支持型装置埋入手術	☐	☐ 年 月	☐	74の3
80の9	歯根端切除手術の注 3	☐	☐ 年 月	☐	49の8
80の10	口腔粘膜血管腫凝固術	☐	☐ 年 月	☐	74の4
80の11	レーザー機器加算の施設基準	☐	☐ 年 月	☐	49の9
81	麻酔管理料（Ⅰ）	☐	☐ 年 月	☐	75
81の2	麻酔管理料（Ⅱ）	☐	☐ 年 月	☐	75
81の3	歯科麻酔管理料	☐	☐ 年 月	☐	75の2
82	放射線治療専任加算	☐	☐ 年 月	☐	76
82の2	外来放射線治療加算	☐	☐ 年 月	☐	76
82の3	遠隔放射線治療計画加算	☐	☐ 年 月	☐	76の2
83	高エネルギー放射線治療	☐	☐ 年 月	☐	77
83の2	1 回線量増加加算	☐	☐ 年 月	☐	77
83の3	強度変調放射線治療（IMRT）	☐	☐ 年 月	☐	52, 78
83の4	画像誘導放射線治療加算（IGRT）	☐	☐ 年 月	☐	78の2
83の5	体外照射呼吸性移動対策加算	☐	☐ 年 月	☐	78の3
84	定位放射線治療	☐	☐ 年 月	☐	79
84の2	定位放射線治療呼吸性移動対策加算	☐	☐ 年 月	☐	78の3
84の2の2	粒子線治療	☐	☐ 年 月	☐	52, 79の1の2
84の2の3	粒子線治療適応判定加算	☐	☐ 年 月	☐	79の1の3
84の2の4	粒子線治療医学管理加算	☐	☐ 年 月	☐	79の1の3
84の2の5	画像誘導密封小線源治療加算	☐	☐ 年 月	☐	78の2
84の3	保険医療機関間の連携による病理診断	☐	☐ 年 月	☐	79の2
84の4	保険医療機関間の連携におけるデジタル病理画像による術中迅速病理組織標本作製	☐	☐ 年 月	☐	80
84の5	保険医療機関間の連携におけるデジタル病理画像による迅速細胞診	☐	☐ 年 月	☐	80
84の6	デジタル病理画像による病理診断	☐	☐ 年 月	☐	80の2
84の7	病理診断管理加算	☐	☐ 年 月	☐	80の2
84の8	悪性腫瘍病理組織標本加算	☐	☐ 年 月	☐	80の2
84の9	口腔病理診断管理加算	☐	☐ 年 月	☐	80の3
85	クラウン・ブリッジ維持管理料	☐	☐ 年 月	☐	81

		今回 届出	既届出		算定 しない	様式（別添 2 （又は別添 2 の 2））
施設基 準通知	名 称					
86	歯科矯正診断料	☐	☐	年 月	☐	82
87	顎口腔機能診断料（顎変形症（顎離断等の手術を必要とするものに限る。）の手術前後における歯科矯正に係るもの）	☐	☐	年 月	☐	83
88	調剤基本料	☐	☐	年 月	☐	84
89	調剤基本料の注 1 ただし書に規定する施設基準	☐	☐	年 月	☐	87の2
92	地域支援体制加算	☐	☐	年 月	☐	87の3, 87の3の2, 87の3の3
93	後発医薬品調剤体制加算	☐	☐	年 月	☐	87
95	無菌製剤処理加算	☐	☐	年 月	☐	88
96	在宅患者調剤加算	☐	☐	年 月	☐	89
97	薬剤服用歴管理指導料 4（情報通信機器を用いた服薬指導）	☐	☐	年 月	☐	91
98	特定薬剤管理指導加算 2	☐	☐	年 月	☐	92
100	かかりつけ薬剤師指導料及びかかりつけ薬剤師包括管理料	☐	☐	年 月	☐	90

※様式2、6、7の4、7の5、13の5、24の2、65、65の2、68、72、73の4、74の2、86は欠番。

様式 2 の 2

導入期加算 1

導入期加算 2

腎代替療法実績加算

腎代替療法指導管理料

の施設基準に係る届出書添付書類

※該当する届出事項を○で囲むこと。

1 標榜診療科（施設基準に係る標榜科名を記入すること。）			
2 関連学会の作成した資料又はそれらを参考に作成した資料に基づき、患者ごとの適応に応じて、腎代替療法について、患者に対し十分な説明を行っている 有 ・ 無			
3 在宅自己腹膜灌流指導管理料の過去 1 年間の算定回数（12 件以上） 件			
4 腎移植に係る取組の状況			
腎移植について、患者の希望に応じて適切に相談に応じている			有 ・ 無
前年に腎移植に向けた手続き等を行った患者数（3 人以上）			人
手続き等を行った時期	手続き等の種類 （臓器移植ネットワークへの登録・先行的腎移植・腎移植による透析離脱）	患者年齢	主病名
5 腎臓内科の診療に従事した経験を 3 年以上有する専任の常勤医師の氏名等			
常勤医師の氏名	診療科名	勤務時間	腎臓内科の経験年数
		時間	年
		時間	年
		時間	年
6 5 年以上看護師として医療に従事し、腎臓病患者の看護について 3 年以上の経験を有する専任の常勤看護師の氏名等			
常勤看護師の氏名	看護師の経験年数（うち、腎臓病看護の経験年数）		

	年（ 年）
	年（ 年）

〔記載上の注意〕

- 1 「４」の手続きを行った時期については、手続きを行った年月日や期間等を記入すること。なお、腎移植に向けた手続き等を行った患者とは、臓器移植ネットワークに腎臓移植希望者として新規に登録された患者、先行的腎移植が実施された患者又は腎移植が実施され透析を離脱した患者をいう。
- 2 導入期加算１の届出を行う場合にあっては、「３」から「６」については記載する必要はないこと。
- 3 導入期加算２及び腎代替療法実績加算の届出を行う場合にあっては、「５」及び「６」は記載する必要はないこと。
- 4 「５」の腎臓内科を担当する常勤医師の勤務時間について、就業規則等に定める週あたりの所定労働時間（休憩時間を除く労働時間）を記入すること。
- 5 「５」及び「６」については、医師及び看護師の経験が確認できる文書を添付すること。

様式5の 10

婦人科特定疾患治療管理料の施設基準に係る届出書添付書類

婦人科又は産婦人科を担当する常勤の医師

氏名	勤務時間	月経困難症の治療に係る適切な研修の受講
	時間	あり ・ なし
	時間	あり ・ なし
	時間	あり ・ なし

[記載上の注意]

1. 医師について、月経困難症の治療に係る適切な研修を修了していることがわかる書類を添付すること。
2. 医師の勤務時間について、就業規則等に定める週あたりの所定労働時間（休憩時間を除く労働時間）を記入すること。

様式 7

地域連携小児夜間・休日診療料 1

地域連携小児夜間・休日診療料 2

の施設基準に係る届出書添付書類

※ 該当する届出事項を○で囲むこと

1 近隣の診療所等の保険医療機関を主たる勤務先とする夜間、休日又は深夜に小児科（小児外科を含む。）を担当する医師

氏名	主たる勤務先			
	医療機関名	開設者名	所在地	専ら担当する診療科名

2 当該保険医療機関を主たる勤務先とする専ら小児科（小児外科を含む。）を担当する医師

(氏名を記入)

3 緊急時に小児が入院できる体制の整備

(1) 緊急時に小児が入院できる体制を整備している保険医療機関

ア 自医療機関 イ 連携医療機関 (いずれかに○をつけること。)

(2) 連携医療機関の医療機関名及び所在地(上記(1)においてイに○をした場合に限る。)

[備考]

- 1 地域連携小児夜間・休日診療料 2 の届出を行う場合においては、当該保険医療機関において小児を 24 時間診療することができる体制の概要を添付すること。
- 2 届出時において地域に周知されている夜間、休日又は深夜であって小児の救急医療の確保のために当該保険医療機関があらかじめ定めた時間がわかる資料（「地域連携小児夜間・休日診療料 2」の届出を行う場合にあっては、小児の救急医療の確保のために当該保険医療機関が 6 歳未満の小児を 24 時間診療することがわかる資料を含む。）を添付すること。
- 3 開放利用に関わる地域の医師会等との契約及び当該医療機関の運営規程等を添付すること。

様式 7 の 2

地域連携夜間・休日診療料の施設基準に係る届出書添付書類

1 近隣の診療所等の保険医療機関を主たる勤務先とする夜間、休日又は深夜に診療を担当する医師

氏名	主たる勤務先			
	医療機関名	開設者名	所在地	専ら担当する診療科名

2 当該保険医療機関を主たる勤務先とする医師
(氏名を記入)

(氏名を記入)

3 緊急時に入院できる体制の整備

(1) 緊急時に入院できる体制を整備している保険医療機関

ア 自医療機関 イ 連携医療機関 (いずれかに○をつけること。)

(2) 連携医療機関の医療機関名及び所在地（上記(1)においてイに○をした場合に限る。）

[備考]

- 1 届出時において地域に周知されている夜間、休日又は深夜であって救急医療の確保のために当該保険医療機関があらかじめ定めた時間がわかる資料を添付すること。
- 2 開放利用に関わる地域の医師会等との契約及び当該医療機関の運営規程等を添付すること。

開放型病院共同指導料の施設基準に係る届出書添付書類

1 届出を行う理由

(開放型病院を開設した趣旨(診療科を限定する場合は、その診療科名も含む。)を記載すること。)

2 次のうち、該当するものに○をつけ、(2)である場合には、3以降も記入すること。

- (1) 地域医療支援病院 (2) 地域医療支援病院以外の病院

3 開放病床利用率(届出前 30 日間)

$$\left(\begin{array}{c} \text{開放型病院に入院した患者の診療を担当している} \\ \text{診療所の保険医の紹介による延べ入院患者数} \end{array} \right) \% = \left(\begin{array}{c} \text{診療所の保険医の紹介による延べ入院患者数} \\ \text{診療所の保険医の紹介による延べ入院患者数} \end{array} \right) \text{名} \div \left[\left(\begin{array}{c} \text{診療所の保険医の紹介による延べ入院患者数} \\ \text{診療所の保険医の紹介による延べ入院患者数} \end{array} \right) \text{床} \times 30 \text{日間} \right]$$

4 病院の概要

- (1) 標榜診療科名(複数の標榜科がある場合は、それらをすべて記入のこと。)

- (2) 次のア～エのうち、該当するものに○をつけること。

ア 当該2次医療圏の当該病院の開設者と直接関係のない(雇用関係にない)10以上の診療所の医師若しくは歯科医師が登録していること。

イ 当該2次医療圏の医師若しくは歯科医師の5割以上が登録していること。

ウ 当該2次医療圏の一つの診療科を主として標榜する、当該病院の開設者と関係のない(雇用関係のない)5以上の診療所の医師若しくは歯科医師が登録していること。

エ 当該2次医療圏の当該一つの診療科を主として標榜する診療所の医師若しくは歯科医師の5割以上が登録していること。この場合には、当該診療科の医師が常時勤務していること。(なお、医師が24時間、365日勤務することが必要であり、医師の宅直は認めない。)

- (3) (2)のウ又はエである場合には、当該診療科の医師・歯科医師の診療体制を記入すること。

医 師 名(うち常勤 名)

夜間、休日及び深夜の当直体制の概要

[記載上の注意]

様式 10 を併せて添付すること。

〔 在宅療養支援診療所
在宅療養支援病院 〕 に係る報告書(新規・7月報告)

※該当するものを○で囲むこと

I. 直近1年間に在宅療養を担当した患者について

1. 平均診療期間	()ヶ月
2. 合計診療患者数	()名
【再掲】死亡患者数	①+②+③+④ ()名
(1)うち医療機関以外での死亡者数	①+② ()名
ア. うち自宅での死亡者数	① ()名
イ. うち自宅以外での死亡者数	② ()名
(2)うち医療機関での死亡者数	③+④ ()名
ア. うち連携医療機関での死亡者数	③ ()名
イ. うち連携医療機関以外での死亡者数	④ ()名
超重症児又は準超重症児の患者数 (15歳未満であって、3回以上定期的な訪問診療を実施し、在宅時医学総合管理料又は施設入居時等医学総合管理料を算定したものに 限る。)	()名

II. 直近1年間の訪問診療等の実施回数について

訪問診療等の 合計回数	(1)往診	【再掲】 うち緊急の往診	(2)訪問診療	(3)訪問看護 (緊急を含む)
①+②+③ ()回	① ()回	()回	② ()回	③ ()回

III. 直近1月間における往診又は訪問診療の状況について

① 初診、再診、往診又は訪問診療を実施した患者数	()名
② 往診又は訪問診療を実施した患者数	()名
③ 往診又は訪問診療を実施した患者の割合(②／①)	()%

IV.主として往診又は訪問診療を実施する診療所に係る状況(Ⅲの③が95%以上の医療機関は記入すること)

(1) 直近1年間に、訪問診療を開始した患者の紹介(文書によるものに限る。)を受けた保険医療機関(算出に係る機関; 年 月 日～ 年 月 日)			
	保険医療機関の名称	患者の紹介を行った医師	患者の紹介を受けた日付
①			
②			
③			
④			
⑤			
(2) 直近1月間の診療実績(算出に係る機関; 年 月 日～ 年 月 日)			
①	在宅時医学総合管理料を算定した患者数		名
②	施設入居時等医学総合管理料を算定した患者数		名
③	①及び②のうち、要介護3以上又は別表第八の二に規定する別に厚生労働大臣が定める状態に該当する患者数		名
④	施設入居時等医学総合管理料を算定した患者の割合 ②/(①+②)		%
⑤	要介護3又は別表第八の二に規定する別に厚生労働大臣が定める状態に該当する患者の割合		%

V. 在宅支援連携体制について

1. 在宅医療を担当する常勤の医師数	()名
2. 連携する保険医療機関数	()医療機関

[記入上の注意]

- Iの1の「平均診療期間」は、患者1人当たりの在宅医療を開始してからの平均診療期間を月単位で記載すること。
- Iの2(1)の「うち医療機関以外での死亡者数」を記入するに当たり、介護老人保健施設等の入所施設で死亡した患者については、「イ. うち自宅以外での死亡者」欄へ計上すること。
- Iの2(2)の「連携医療機関」とは、事前に緊急時の受入を届出ている医療機関であり、在宅支援連携体制についても含むものである。
- IIの「うち緊急の往診」については、緊急又は夜間・休日若しくは深夜に行った往診を計上すること。
- Ⅲについては、在宅療養支援診療所が記入すること。
- Vの「在宅支援連携体制について」を記載するに当たっては、自院を含めた数を記載すること。
なお、第9の1(2)に規定する在宅療養支援診療所、第14の2の1(2)に規定する在宅療養支援病院が記載すること。

肝炎インターフェロン治療計画料の施設基準に係る届出書添付書類

肝疾患に関する専門的な知識を有する医師の氏名等	
医師の氏名	肝疾患診療の経験年数
	年

かかりつけ歯科医機能強化型歯科診療所の施設基準 に係る届出書添付書類

1 歯科疾患の重症化予防に関する継続的な管理の実績等

(1) 次の算定実績があること(届出前 1 年間の実績)

① 歯周病安定期治療(Ⅰ)、歯周病安定期治療(Ⅱ)の算定回数	回
② フッ化物歯面塗布処置、歯科疾患管理料のエナメル質初期う蝕管理加算の算定回数	回

(2) クラウン・ブリッジ維持管理料の届出状況

届出年月日 (年 月 日)

2 歯科点数表の初診料の注 1 に規定する施設基準の届出状況

届出年月日 (年 月 日)

3 歯科訪問診療又は歯科訪問診療の依頼の実績(届出前 1 年間)

① 歯科訪問診療 1 又は歯科訪問診療 2 の算定回数	回
② 歯科訪問診療を在宅療養支援歯科診療所 1 又は在宅療養支援歯科診療所 2 に依頼した回数	回
合 計	回

4 他の保険医療機関との連携の実績(届出前 1 年間)

① 診療情報提供料(Ⅰ)の算定回数	回
② 診療情報連携共有料の算定回数	回
合 計	回

5 歯科疾患の継続管理等に係る研修の受講歴等

受講歯科医師名	
研 修 名	
受講年月日	
研修の主催者	
講習の内容等	

※上記の内容を満たしていれば、研修会の修了証の写しの添付でも可とする。

※歯科疾患の継続管理に関する研修、高齢者の心身の特性、口腔機能の管理、緊急時対応等を含むこと。

6 歯科医師又は歯科衛生士の氏名等（勤務形態及び職種は該当するものに○）

勤務形態	職種	氏名
常勤／非常勤	歯科医師／歯科衛生士	
常勤／非常勤	歯科医師／歯科衛生士	
常勤／非常勤	歯科医師／歯科衛生士	
常勤／非常勤	歯科医師／歯科衛生士	
常勤／非常勤	歯科医師／歯科衛生士	

7 緊急時の連携保険医療機関

医療機関の名称	
所在地	
緊急時の連絡方法等	

8 迅速な歯科訪問診療が可能な体制

歯科訪問診療を行う 歯科医師名	
診療可能日	

9 当該地域における保険医療機関、介護・福祉施設等との連携の状況

① 居宅療養管理指導の提供実績	(実施回数) 回
② 栄養サポートチーム等連携加算 1 又は 2	(算定回数) 回
③ 歯科診療特別対応加算又は初診時歯科診療導入加算	(算定回数) 回
④ 退院時共同指導料、退院前在宅療養指導管理料、在宅患者連携指導料又は在宅患者緊急時等カンファレンス料	(算定回数) 回
⑤ 地域ケア会議の出席	(会議名) (直近の出席日) 年 月 日
⑥ 在宅医療に関するサービス担当者会議又は病院・介護保険施設等で実施される多職種連携に係る会議への出席	(会議名) (直近の出席日) 年 月 日
⑦ 認知症対応力向上研修等、認知症に関する研修を受講	(研修名)
⑧ 在宅医療・介護等に関する研修の受講	(研修名)
⑨ 学校歯科医等に就任	(学校等の名称)
⑩ 介護認定審査会の委員の経験	(在任期間) 年 月 ～ 年 月
⑪ 自治体が実施する歯科保健に係る事業への協力	(事業名) (実施日) 年 月 日

※ 1 5に記載する歯科医師の実績について記載すること。

※ 2 ※ 1に該当する歯科医師が複数名配置されている場合は、そのうち、いずれか 1 名について記載すること。

※ 3 ①から④までについては、過去 1 年間の実績を記載すること。

※ 4 ⑦、⑧については、内容が確認できる研修会の修了証の写しを添付すること。

10 当該保険医療機関に常時設置されている装置・器具の名称

一般名称	装置・器具等の製品名	台数 (セット数)
自動体外式除細動器 (AED)		
経皮的動脈血酸素飽和度測定器 (パルスオキシメーター)		
酸素供給装置		
血圧計		
救急蘇生キット		
歯科用吸引装置		

在宅がん医療総合診療料の施設基準に係る届出書添付書類

1 在宅療養支援診療所又は在宅療養支援病院の施設基準に係る届出状況	
(1) 今回届出	
(2) 既届出：	年 月 日
2 担当者氏名（主として在宅がん医療総合診療を担当する者）	
(1) 医 師	
(2) 看護師	
3 当該保険医療機関における悪性腫瘍患者の診療状況（過去 1 か月間）	
・ 入院患者数（延べ患者数）	名
・ 外来患者数（延べ患者数）	名
・ 往診、訪問診療、訪問看護を行った患者の数（延べ患者数）	名

[記載上の注意]

緊急時の連絡・対応方法についての患者等への説明文書の例を添付すること。

様式 20 の 8

在宅患者訪問褥瘡管理指導料に係る報告書

1 在宅褥瘡対策の実施状況

① 訪問診療全利用者数（報告月の前月の初日）		名
② ①のうち、d1 以上の褥瘡を保有している患者数 （褥瘡保有者数）		名
③ ②のうち訪問診療開始時に既に褥瘡を有していた患者数 （訪問診療利用開始時褥瘡保有者数）		名
④ ②のうち、訪問診療実施中に新たに褥瘡が発生した患者数		名
⑤ 褥瘡 の重症度	訪問診療開始時の褥瘡（③の 患者の訪問診療開始時の状 況）	訪問診療中に発生した褥瘡（④ の患者の発見時の状況）
d1	名	名
d2	名	名
D3	名	名
D4	名	名
D5	名	名
DU	名	名

2 在宅褥瘡対策の実績

① 本管理指導料を算定した患者数と期間 (期間: 年4月～ 年3月) (期間: 年 月～ 年 月) ※届出の変更があった場合		名
② ①の患者の褥瘡ハイリスク項目に該当する患者数		名
褥瘡 ハイ リス ク 項 目		
	1. 重度の末梢循環不全のもの	名
	2. 麻薬等の鎮痛・鎮静剤の持続的な使用が必要であるもの	名
	3. 強度の下痢が続く状態であるもの	名
	4. 極度の皮膚の脆弱（低出生体重児、GVHD、黄疸など）	名
	5. 皮膚に密着させる医療関連機器の長期かつ持続的な使用が必要であるもの	名
③ ②の患者の褥瘡の重症度		
	訪問診療開始時の褥瘡（②の患者の訪問診療開始時）	訪問診療中に発生した褥瘡（②の患者の発見時の状況）
d1	名	名
d2	名	名
D3	名	名
D4	名	名
D5	名	名
DU	名	名

〔記載上の注意〕

1. 1の記載にあたっては、下記の内容により記入すること。
 - (1) ①については、報告月の前月の初日の時点で訪問診療を利用している全利用者数を記入する（当該日の訪問診療利用開始患者は含めないが、当該日の訪問診療利用終了患者は含める。）。
 - (2) ②については、①の患者のうち、DESIGN-R 分類 d 1 以上を有する患者

数を記入する（1名の患者が複数の褥瘡を有していても、患者1名として数える。）。

- (3) ③については、②の患者のうち、訪問診療利用開始時に、DESIGN-R 分類 d1 以上を有する患者数を記入する（1名の患者が複数の褥瘡を有していても、患者数1名として数える。）。
- (4) ④については、②の褥瘡保有者数から③の訪問診療利用開始時褥瘡保有者数を減じた数を記入する。
- (5) ⑤については、③の訪問診療利用開始時褥瘡保有者について、訪問診療利用開始時の褥瘡の重症度、④の訪問診療中に新たに褥瘡が発生した患者について、発見時の重症度を記入する。

2. 2の記入にあたっては、下記の内容により記載すること。

- (1) ①については、1年間の算定患者数を記入すること。ただし、1名の患者が複数回、本指導料を算定した場合においても、患者1名として数えることとする。
- (2) ②については、①のうち、褥瘡ハイリスク項目に該当する患者の実人数を記入する（1名の患者について複数の褥瘡ハイリスク項目を有していても、患者1名として数える）。

褥瘡ハイリスク項目の各項目については、1名の患者につき、複数の要因がある場合は、それぞれに1名として数えることとする（複数回答）。
- (3) ③については、②の褥瘡ハイリスク項目に該当する患者の訪問診療開始時の褥瘡の重症度及び褥瘡発生の発見時の褥瘡の重症度について記入する。

在宅経肛門的自己洗腸指導管理料の施設基準に係る届出書添付書類

1 脊髄障害を原因とする排便障害を含めた大腸肛門疾患の診療について5年以上の経験を有する常勤の医師の氏名等		
常勤医師の氏名	勤務時間	大腸肛門疾患の診療の経験年数
	時間	年
	時間	年
	時間	年
2 脊髄障害を原因とする排便障害を有する患者の看護について3年以上の経験を有する専任の看護師の氏名等		
看護師の氏名	勤務時間	排便障害を有する患者の看護の経験年数
	時間	年
	時間	年

[記載上の注意]

- 「1」及び「2」の医師・看護師の勤務時間について、就業規則等に定める週あたりの所定労働時間（休憩時間を除く労働時間）を記入すること。

様式 21 の 2

(主治の歯科医師→連携保険医療機関)

連携保険医療機関名 _____

歯科医師名 _____ 殿

地域医療連携体制加算届出保険医療機関

名 称 _____

所在地 _____

歯科医師名 _____ (印)

患者氏名		性別 男・女
患者住所		
電話番号		
生年月日	明治・大正・昭和・平成・令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日	

傷病名：
既往歴 及び 家族歴：
症状、診療内容及び治療経過等：
直近の検査結果：
その他の特記事項：

- 備考
1. 地域医療連携体制加算を届け出た保険医療機関は、連携保険医療機関に対し情報提供を行うこと。なお、容態の変化等があった場合には速やかにすべての連携保険医療機関に対して情報提供を行うこと。
 2. 連携保険医療機関においては、患者の情報を緊急時に十分活用できる体制を確立した上で、当該文書を保管すること。

様式 22

検体検査管理加算(Ⅰ)、(Ⅱ)、(Ⅲ)、(Ⅳ)
国際標準検査管理加算

の施設基準に係る届出書添付書類

※該当する届出事項を○で囲むこと。

1 臨床検査を（専ら）担当する常勤医師の氏名等	
常勤医師の氏名	勤務時間
	時間
2 常勤の臨床検査技師の人数 名	
3 当該保険医療機関内で常時実施できる緊急検査に係る器具・装置等の名称・台数等	
血液学的検査	
生化学的検査	
免疫学的検査	
微生物学的検査	
4 臨床検査の精度管理の実施の状況 実施している ・ 実施していない	
5 参加している外部の精度管理事業の名称	
6 臨床検査の適正化に関する委員会の有無 有 ・ 無	
7 国際標準化機構が定めた臨床検査に関する国際規格に基づく技術能力の認定の有無 有 ・ 無	

[記載上の注意]

- 「1」の臨床検査を（専ら）担当する常勤医師の勤務時間について、就業規則等に定める週あたりの所定労働時間（休憩時間を除く労働時間）を記入すること。また、当該医師の所定労働時間のうち、検体検査の判断の補助や検体検査全般の管理・運営に携わる時間がわかるものを添付すること。
- 「2」について、緊急検査を常時実施できる体制についての資料（従事者の勤務状況など具体的にわかるもの）を添付すること。
- 「3」について、検査項目により器具・装置等が変わる場合は検査項目ごとに器具名を記載すること。
- 「4」について、臨床検査の精度管理の実施状況の資料（実施責任者名、実施時期、実施頻度など実施状況が具体的にわかるもの）を添付すること。
- 「6」について、委員会の運営規定を添付すること。
- 「7」について、認定を受けていることを証する文書の写しを添付すること。

様式 22 の 3

ウイルス・細菌核酸多項目同時検出の施設基準に係る届出書添付書類

1 当該保険医療機関 において施設基準の 届出を行っている管 理料等 (該当するものに○) (複数可)	() 救命救急入院料の「1」 () 救命救急入院料の「2」 () 救命救急入院料の「3」 () 救命救急入院料の「4」 () 特定集中治療室管理料の「1」 () 特定集中治療室管理料の「2」 () 特定集中治療室管理料の「3」 () 特定集中治療室管理料の「4」 () 小児特定集中治療室管理料 () 新生児特定集中治療室管理料の「1」 () 新生児特定集中治療室管理料の「2」 () 総合周産期特定集中治療室管理料の「2」新生児集中治療室管理料			
2 当該保険医療機関 において感染症に係 る診療を専ら担当す る常勤の医師又は臨 床検査を専ら担当す る常勤の医師の氏名 等	常勤医師の氏名	該当する 経験分野	勤務時間	当該分野の 経験年数
		・ 感染症診療 ・ 臨床検査	時間	年
		・ 感染症診療 ・ 臨床検査	時間	年
		・ 感染症診療 ・ 臨床検査	時間	年
		・ 感染症診療 ・ 臨床検査	時間	年
		・ 感染症診療 ・ 臨床検査	時間	年

[記載上の注意]

- 1 「2」の常勤医師の勤務時間について、就業規則等に定める週あたりの所定労働時間（休憩時間を除く労働時間）を記入すること。
- 2 「2」の該当する経験分野については、該当するものに○印をつけること。

様式 23 の 4

〔がんゲノムプロファイリング検査
遺伝性腫瘍カウンセリング加算〕の施設基準に係る届出書添付書類

1 がんゲノムプロファイリング検査の実施施設について（該当するものを○で囲む。） がんゲノム医療中核拠点病院 ・ がんゲノム医療拠点病院 ・ がんゲノム医療連携病院	
2 検査に係る適切な第三者認定	（ 有 ・ 無 ）
3 検査を委託する第三者認定を受けた衛生検査所名	
4 シークエンスデータ、解析データ等を患者に提供できる体制	（ 有 ・ 無 ）
5 管理簿等の作成	（ 有 ・ 無 ）

〔記載上の注意〕

「2」、「3」、「4」、「5」については、がんゲノムプロファイリング検査の施設基準に係る届出を行う場合に記載すること。

様式 23 の 5

角膜ジストロフィー遺伝子検査の施設基準に係る届出書添付書類

1 届出を行う区分について（該当する区分に○印をつける） ・当該検査を当該保険医療機関内で実施する場合 ・当該検査を当該保険医療機関以外の施設に委託する場合			
2 標榜診療科名（施設基準に係る標榜科名を記入すること。） 科			
3 眼科の経験を5年以上有する常勤の医師の氏名等	常勤医師の氏名	勤務時間	眼科の経験年数
		時間	年
		時間	年
		時間	年
4 常勤の臨床検査技師の氏名			
5 当該検査に用いる機器の保守管理の計画の有無 （ 有 ・ 無 ）			
6 遺伝カウンセリング加算の施設基準に係る届出 （ 有 ・ 無 ） 当該届出を行っている連携保険医療機関名			
7 当該検査を委託する施設			
名称	住所	確認方法	

[記載上の注意]

- 1 「3」の眼科を担当する常勤医師の勤務時間について、就業規則等に定める週あたりの所定労働時間（休憩時間を除く労働時間）を記入すること。
- 2 「4」及び「5」については、「当該検査を当該保険医療機関内で実施する場合」として届出する場合に記載すること。また、「5」については、当該検査に用いる機器の保守管理の計画を添付すること。
- 3 「6」については、当該保険医療機関が遺伝カウンセリング加算の施設基準に係る届出を行っておらず、当該届出を行っている保険医療機関との連携体制が整備されている場合には、当該連携保険医療機関名を記入すること。その場合、当該連携体制を示す文書を添付すること。
- 4 「7」については、当該検査を他の保険医療機関又は衛生検査所に委託する場合に限り記載すること。また、確認方法の欄には、当該保険医療機関又は衛生検査所が関係学会の作成する遺伝学的検査の実施に関する指針を遵守し検査を実施していることを確認できるウェブページのURLを記載する等、確認方法を記載した上で、当該ウェブページのコピー等を添付すること。
- 5 当該届出は、病院である保険医療機関のみ可能であること。

様式 24 の 5

〔 持続血糖測定器加算
皮下連続式グルコース測定 〕

の施設基準に係る届出書添付書類

※該当する届出事項を○で囲むこと

1 届出する区分について（該当する区分に○印をつける）			
・ 間歇注入シリンジポンプと連動する持続血糖測定器を用いる場合			
・ 間歇注入シリンジポンプと連動しない持続血糖測定器を用いる場合			
1 標榜診療科（施設基準に係る標榜科名を記入すること。）			
科			
2 常勤医師の氏名及び経験年数			
常勤医師の氏名	勤務時間	糖尿病の治療 の経験年数	研修修了 年月日
	時間	年	
	時間	年	
	時間	年	
	時間	年	
3 持続皮下インスリン注入療法に係る実績			
新規導入患者数（過去一年間）	名		
通院患者数	名		
4 常勤看護師又は薬剤師の氏名及び経験年数			
常勤看護師又は薬剤師の氏名	持続皮下インスリン注入 療法に従事した経験年数	研修修了 年月日	
	年		
	年		
	年		

[記載上の注意]

- 1 「2」の常勤医師は糖尿病の治療に関し、専門的知識及び5年以上の経験を有し、持続血糖測定器に係る適切な研修を修了していること。常勤医師の勤務時間について、就業規則等に定める週あたりの所定労働時間(休憩時間を除く労働時間)を記入すること。
なお、適切な研修の修了を証する文書の写しを添付すること。
- 2 「3」の新規導入患者数は当該保険医療機関における1年間の実績を記入すること。
- 3 「3」の通院患者数は届出時点における通院患者数を記入すること。
- 4 「4」については、間歇注入シリンジポンプと連動しない持続血糖測定器を用いる場合に記入すること。常勤看護師又は薬剤師は糖尿病の治療に関し、持続皮下インスリン注入療法に従事した経験を2年以上有し、持続血糖測定器に係る適切な研修を修了していること。なお、適切な研修の修了を証する文書の写しを添付すること。
- 5 、間歇注入シリンジポンプと連動しない持続血糖測定器を用いる場合、「2」の常勤医師及び「4」の常勤看護師又は薬剤師については、該当するすべての医師、看護師、薬剤師について記載すること。

様式 24 の 6

時間内歩行試験及びシャトルウォーキングテストの施設基準に係る届出書添付書類

1 当該検査の経験を有し、循環器内科又は呼吸器内科の経験を5年以上有する常勤の医師の氏名等

診療科名	常勤医師の氏名	勤務時間	当該診療科の 経験年数	当該検査の 経験症例数
		時間	年	例
		時間	年	例

2 当該保険医療機関内で必要な検査等が実施できる機器

	(一般的名称)	(承認番号)
・ 生化学的検査（血液ガス分析）		
・ 画像診断（単純撮影（胸部））		

3 急変時等の緊急事態に対応するための体制その他当該検査を行うための体制の概要

--

[記載上の注意]

「1」の常勤医師の勤務時間について、就業規則等に定める週あたりの所定労働時間（休憩時間を除く労働時間）を記入すること。

ヘッドアップディスプレイ試験の施設基準に係る届出書添付書類

1 当該検査の経験を有し、神経内科、循環器内科又は小児科（専ら神経疾患又は循環器疾患に係る診療を行う小児科）の経験を5年以上有する常勤の医師の氏名等				
診療科名	常勤医師の氏名	勤務時間	当該診療科の 経験年数	当該検査の 経験症例数
		時間	年	例
2 急変時等の緊急事態に対応するための体制その他当該検査を行うための体制の概要				
(概要) (有 ・ 無)				

[記載上の注意]

「1」の産婦人科、神経内科、循環器内科又は小児科を担当する常勤医師の勤務時間について、就業規則等に定める週あたりの所定労働時間（休憩時間を除く労働時間）を記入すること。

長期脳波ビデオ同時記録検査 1 の施設基準に係る届出書添付書類

1 届出種別			
・新規届出 (実績期間 年 月～ 年 月)			
・再度の届出 (実績期間 年 月～ 年 月)			
2 標榜診療科 (施設基準に係る標榜科名を記入すること。)			科
3 長期脳波ビデオ同時記録検査の年間実施件数			例
4 てんかんの治療を目的とする手術の年間実施件数			例
<連携保険医療機関において実施している場合>			
(名 称)			
(所在地)			
5 MRI 装置、ポジトロン断層撮影装置及びシングルホトンエミッションコンピューター断層撮影装置の名称、型番、メーカー名等			
MRI 装置 (機種名) (型 番) (メーカー名) (テスト数)	ポジトロン断層撮影装置 (機種名) (型 番) (メーカー名)	シングルホトンエミッションコンピューター断層撮影装置 (機種名) (型 番) (メーカー名)	
<連携保険医療機関において実施している場合>			
(名 称) (所在地)	(名 称) (所在地)	(名 称) (所在地)	
6 てんかんに係る診療の経験を 5 年以上有する常勤の医師の氏名等 (1 名以上)			
常勤医師の氏名	勤務時間	診療科名	てんかんに関する診療 の経験年数
	時間	科	年
	時間	科	年
7 常勤の看護師の氏名			
8 常勤の臨床検査技師の氏名			
9 専門的で高度なてんかん医療の実施内容 (例：複数診療科によるてんかん診療に関するカンファレンス、内科的治療、外科的治療との連携 等)			
10 関係学会による教育研修施設としての認定 学会名： 認定年月日：			有 ・ 無
11 当該保険医療機関以外の施設への読影又は診断の委託			有 ・ 無

[記載上の注意]

- 「3」及び「4」については、当該検症例一覧（実施年月日、検査・手術名、患者性別、年齢、主病名）を別添 2 の様式 52 により添付すること。
- 「4」の「連携保険医療機関において実施している場合」の記載事項については、当該保険医療機関においててんかんの治療を目的とする手術を年間 10 例以上実施しておらず、当該手術を年間 10 例以上実施している保険医療機関との連携体制が整備されている場合に限り記入すること。その場合、当該連携体制を示す文書を添付すること。
- 「5」の「連携保険医療機関において実施している場合」の記載事項については、当該保険医療機関において MRI 装置等を有しておらず、MRI 装置等を有している保険医療機関との連携

体制が整備されている場合に限り記入すること。その場合、当該連携体制を示す文書を添付すること。

4 「6」の医師の勤務時間について、就業規則等に定める週あたりの所定労働時間（休憩時間を除く労働時間）を記入すること。

5 「10」については、認定されていることが確認できる資料を添付すること。

中枢神経磁気刺激による誘発筋電図の
施設基準に係る届出書添付書類

1	届出種別	・新規届出（実績期間 年 月～ 年 月） ・再度の届出（実績期間 年 月～ 年 月） ・機器増設による届出（実績期間 年 月～ 年 月）	
2	届出年月日	年 月 日	

3 施設共同利用率の算定

① 当該検査機器を使用した全患者数 _____ 名

② 当該検査機器の共同利用を目的として他の保険医療機関からの依頼により検査を行った患者数 _____ 名

③ 特別の関係にある保険医療機関間での紹介の場合及び検査を実施する保険医療機関へ転医目的で紹介された場合に該当する患者数 _____ 名

④ 施設共同利用率 = $(② - ③) / (① - ③) \times 100\%$

= %

[記載上の注意]

- 1 「1」は、特掲施設基準通知第2の4の(2)に定めるところによるものであること。
- 2 「3」の④による施設利用率が20%以上であること。
 なお、20%未満である場合には、それぞれの所定点数の80/100に相当する点数により算定するものであり、当該届出の必要はないものであること。

光トポグラフィーの施設基準に係る届出書添付書類

1 光トポグラフィーを算定するための届出等

(1) 届出を行う光トポグラフィーの区分（該当するものに○をつけること）					
① 抑うつ症状の鑑別診断の補助に使用する場合であって、地域の精神科救急医療体制を確保するために必要な協力等を行っている精神保健指定医による場合					
② 抑うつ症状の鑑別診断の補助に使用するものであって、①以外の場合					
③ 適合していない場合には所定点数の 100 分の 80 に相当する点数により算定することとなる施設基準					
(2) 届出種別					
・新 規 届 出 (実績期間 年 月～ 年 月)					
・再 度 の 届 出 (実績期間 年 月～ 年 月)					
・機器増設による届出 (実績期間 年 月～ 年 月)					
(3) 届出年月日 年 月 日					
(4) 標榜診療科名（施設基準に係る標榜科名を記入すること。）					
(5) 当該療法を 5 例以上実施した経験を有する常勤の精神保健指定医の氏名等（2 名以上）					
診療科名	常勤の精神保健指定医の氏 名	勤務時間	当該療法の経験症例数	指定番号	国立精神・神経医療研究センターが実施している研修の修了の有無（1 名以上）
		時間	例		有 ・ 無
		時間	例		有 ・ 無
		時間	例		有 ・ 無
(6) 神経内科又は脳神経外科の常勤医師の氏名等					
診療科名	常勤医師の氏名	勤務時間			
		時間			
(7) 常勤の臨床検査技師の氏名等					
常勤の臨床検査技師の氏名	勤務時間				
	時間				
(8) 保守管理の計画 有 ・ 無					
(9) 施設共同利用率の算定					
① 当該検査機器を使用した全患者数	_____ 名				
② 当該検査機器の共同利用を目的として他の保険医療機関からの依頼により検査を行った患者数	_____ 名				
③ 特別の関係にある保険医療機関間での紹介の場合及び検査を実施する保険医療機関へ転医目的で紹介された場合に該当する患者数	_____ 名				
④ 施設共同利用率 = (②－③) / (①－③) × 100					
	= %				

2 「イ 地域の精神科救急医療体制を確保するために必要な協力等を行っている精神保健指定医による場合」の実績に係る要件

(1)	精神科救急医療体制整備事業で該当する施設を選択	☐ 常時対応型精神科救急医療施設 ☐ 身体合併症対応施設 ☐ 地域搬送受入対応施設 ☐ 身体合併症後方搬送対応施設
(2)	精神科救急医療体制整備事業で該当する施設を選択	☐ 輪番対応型精神科救急医療施設 ☐ 協力施設
	① 当該病院の時間外、休日又は深夜における入院件数	件(≥4件)
	①のうち、精神科救急情報センター、救急医療情報センター、救命救急センター、一般医療機関、都道府県、市町村、保健所、警察、消防(救急車)等からの依頼件数	件(≥1件)
	② 当該病院の時間外、休日又は深夜における外来対応件数	件(≥10件)
	②のうち、精神科救急情報センター、救急医療情報センター、救命救急センター、一般医療機関、都道府県、市町村、保健所、警察、消防(救急車)等からの依頼件数(夜間、休日又は深夜以外の依頼件数も含む。)	件
(3)	③ 当該病院の常勤の精神保健指定医が、他医療機関で時間外、休日又は深夜の外来診療や、救急医療機関への診療協力(外来、当直、対診等)を行った回数	回(≥6回)
	④ 当該病院の常勤の精神保健指定医が、都道府県等に協力し診察業務等を行った回数	回(≥1回)

[記載上の注意]

- 「1」の(2)及び(9)は、特掲施設基準通知第2の4の(2)に定める共同利用率に係るものであること。
- 「D236-2」の「1」脳外科手術の術前検査に使用するもののみを実施する病院は、「1」の(1)、(2)、(3)及び(9)のみを記載すること。
- 「1」の(5)、(6)及び(7)の職員の勤務時間について、就業規則等に定める週あたりの所定労働時間(休憩時間を除く労働時間)を記入すること。
- 「1」の(5)については当該症例一覧(実施年月日、患者性別、年齢、主病名)を別添2の様式52により添付すること。
- 「1」の(5)の精神保健指定医について、指定番号を記載すること。また、研修を修了している場合は、修了証等の写しを添付すること。
- 「1」の(8)について、当該検査に用いる機器の保守管理の計画を添付すること。
- 「1」の(9)について
 - ④による施設利用率が20%以上であること。
 - 20%未満である場合には、それぞれの所定点数の80/100に相当する点数により算定するものであるが、当該検査を算定するにあたっては当該届出の必要はあること。
 - 「D236-2」の「1」脳外科手術の術前検査に使用するものと「2」抑うつ症状の鑑別診断の補助に使用するものの患者数の総数によって算出する。
- 「イ 地域の精神科救急医療体制を確保するために必要な協力等を行っている精神保健指定医による場合」を届け出る場合、当該病院又は当該病院の常勤の精神保健指定医の届出前直近1年間の実績を記載し、「2」の(1)、(2)又は(3)のいずれかの要件を満たすこと。具体的には、(2)の場合、当該病院が精神科救急医療体制整備事業のいずれかの施設に該当し①又は②の要件を満たし、(3)の場合、③又は④の要件を満たすこと。実績等については、照会に対し速やかに回答できるように医療機関で保管すること。

脳磁図 { 自発活動を測定するもの
その他のもの } の施設基準に係る届出書添付書類

※該当する届出事項を○で囲むこと。

1 3年以上の脳磁図の経験を有する常勤医師の氏名等 ※ 非常勤医師を組み合わせた場合を含む。			
常勤 換算	医師の氏名	勤務時間	脳磁図の経験年数
☐		時間	年
☐		時間	年
☐		時間	年
2 他の保険医療機関からの依頼による診断（過去1年間）			例
3 長期脳波ビデオ同時記録検査1の施設基準の届出の有無 ※ 「自発活動を測定するもの」を届け出る場合に限り選択。			
有 ・ 無			

[記載上の注意]

- 1 3年以上の脳磁図の経験を有する常勤医師につき記載すること。常勤医師の勤務時間について、就業規則等に定める週あたりの所定労働時間（休憩時間を除く労働時間）を記入すること。
なお、週3日以上常態として勤務しており、かつ、所定労働時間が週22時間以上の勤務を行っている非常勤医師を組み合わせて配置している場合には、当該医師の「常勤換算」の口に「✓」を記入すること。
- 2 「2」については、当該保険医療機関における1年間の実績を記入すること。
- 3 脳磁図の「自発活動を測定するもの」を届け出る場合は、本様式と「長期脳波ビデオ同時撮影検査1の施設基準に係る届出書添付書類」（様式25の2）を併せて提出すること。ただし、既に当該施設基準に係る届出を行っている場合は、改めて提出する必要はないこと。

様式 27 の 2 の 2

終夜睡眠ポリグラフィー（安全精度管理下で行うもの）の

施設基準に係る届出書添付書類

1 睡眠障害又は睡眠呼吸障害に係る診療の経験を5年以上有する常勤医師の氏名等	常勤医師の氏名	勤務時間	睡眠障害又は睡眠呼吸障害に係る診療の経験年数	日本睡眠学会等が主催する研修会の受講年月日
		時間	年	
		時間	年	
2 常勤臨床検査技師の氏名等	常勤臨床検査技師の氏名		勤務時間	
			時間	
			時間	
			時間	
			時間	
3 当該保険医療機関における睡眠ポリグラフィー検査及び反復睡眠潜時試験（MSLT）の年間実施件数	終夜睡眠ポリグラフィー検査 _____ 件		反復睡眠潜時試験（MSLT） _____ 件	
4 睡眠検査に関する安全管理マニュアル策定の有無 (有 ・ 無)				

[記載上の注意]

- 「1」の常勤医師及び「2」の常勤臨床検査技師の勤務時間について、就業規則等に定める週あたりの所定労働時間（休憩時間を除く労働時間）を記入すること。なお、「1」については、当該医師の研修会修了証書の写しを添付すること。
- 「2」については、「終夜睡眠ポリグラフィー検査」は、区分番号D237に掲げる終夜睡眠ポリグラフィーの「3」1及び2以外の場合の実施件数を、「反復睡眠潜時試験（MSLT）」は、区分番号D237-2に掲げる反復睡眠潜時試験（MSLT）の実施件数を、それぞれ記載すること。
- 「3」については、当該検査症例一覧（実施年月日、手術名、患者の性別、年齢、主病名）を別添2の様式52により添付すること。
- 「4」については、当該医療機関内で策定された睡眠検査に関する安全管理マニュアルを添付すること。

単線維筋電図の施設基準に係る届出書添付書類

1 標榜診療科（施設基準に係る標榜科名を記入すること。			
2 脳神経内科、リハビリテーション科又は小児科を担当する常勤の医師（専ら神経系疾患の診療を担当した経験を10年以上有するものに限る。）の氏名等			
診療科名	常勤医師の氏名	勤務時間	専ら神経系疾患の診療を担当した経験年数
		時間	年
		時間	年
3 筋電図・神経伝導検査を100例以上実施した経験を有する常勤の医師の氏名等			
常勤医師の氏名		勤務時間	筋電図・神経伝導検査の経験症例数
		時間	例
		時間	例
4 当該保険医療機関において1年間に実施した筋電図・神経伝導検査の件数			
例			

[記載上の注意]

- 「2」及び「3」の常勤医師の勤務時間について、就業規則等に定める週あたりの所定労働時間（休憩時間を除く労働時間）を記入すること。
- 「3」及び「4」については、当該手術症例一覧（実施年月日、手術名、患者の性別、年齢、主病名）を別添2の様式52により添付すること。ただし、「4」については、日本臨床神経生理学会による教育施設又は準教育施設の認定に係る証明書等（筋電図・神経伝導検査の件数が分かるものに限る。）の添付をもってこれに代えることができること。
- 「3」については、「2」の医師と同一の者であっても差し支えない。

神経学的検査の施設基準に係る届出書添付書類

1 標榜診療科（施設基準に係る標榜科名を記入すること。）				
2 神経学的検査に関する所定の研修を修了した常勤医師（専ら神経系疾患の診療を担当した経験を10年以上有する医師に限る。）の氏名等 ※ 非常勤医師を組み合わせた場合を含む。				
常勤換算	医師の氏名	勤務時間	診療科名	専ら神経系疾患の診療を担当した経験年数
☐		時間		年
☐		時間		年
☐		時間		年
3 専ら神経系疾患の診療を担当した経験を10年以上有する医師の氏名等				
医師の氏名		勤務の形態	診療科名	専ら神経系疾患の診療を担当した経験年数
		常勤・非常勤		年
		常勤・非常勤		年
		常勤・非常勤		年
		常勤・非常勤		年

〔記載上の注意〕

- 「2」の常勤医師の勤務時間について、就業規則等に定める週あたりの所定労働時間（休憩時間を除く労働時間）を記入すること。なお、週3日以上常態として勤務しており、かつ、所定労働時間が週22時間以上の勤務を行っている非常勤医師を組み合わせて配置している場合には、当該医師の「常勤換算」の□に「✓」を記入すること。また、「2」に記入した医師の研修会修了証書の写しを添付すること。
- 「3」については、「2」に記入した医師以外の医師であって、当該検査を実施する医師全てについて記入すること。

ロービジョン検査判断料の施設基準に係る届出書添付書類

1 標榜診療科（施設基準に係る標榜科名を記入すること。）	
2 当該診療に関連する研修を修了した眼科を担当する常勤医師の氏名等	
常勤医師の氏名	勤務時間
	時間
	時間

[記載上の注意]

「2」の常勤医師の勤務時間について、就業規則等に定める週あたりの所定労働時間（休憩時間を除く労働時間）を記入すること。また、当該常勤医師の厚生労働省主催視覚障害者用補装具適合判定医師研修会又は眼鏡等適合判定医師研修会の修了証書の写しを添付すること。

様式 29 の 3

黄斑局所網膜電図
全視野精密網膜電図

の施設基準に係る届出書添付書類

※ 該当する届出事項に○をつけること

1 標榜診療科（施設基準に係る標榜科名を記入すること。）		
2 眼科の経験を5年以上有する常勤の医師の氏名等		
常勤医師の氏名	勤務時間	眼科の経験年数
	時間	年
3 当該検査を行うために必要な装置・器具（製品名等）		

[記載上の注意]

- 1 「1」の眼科を担当する常勤医師の勤務時間について、就業規則等に定める週あたりの所定労働時間（休憩時間を除く労働時間）を記入すること。
- 2 「3」については、該当する項目の検査を行うために必要な装置・器具の製品名等を記載すること。

様式 30

コンタクトレンズ検査料 1
コンタクトレンズ検査料 2
コンタクトレンズ検査料 3

の施設基準に係る届出添付書類

※ 該当する届出項目に○を付けること

届出種別		
・新規の届出（実績期間 年 月～ 年 月）		
・再度の届出（実績期間 年 月～ 年 月）		
1 外来患者の数	①	
2 コンタクトレンズに係る検査を実施した患者の数	②	
3 外来患者に占めるコンタクトレンズ患者の割合 $\text{②} \div \text{①} \times 100 = \quad \quad \quad \%$		
4 眼科診療を専ら担当する常勤医師の氏名等		
氏 名	勤務時間	眼科の経験年数
	時間	年
	時間	年
	時間	年
5 コンタクトレンズ検査料を算定した患者の数	③	
6 5のうち、コンタクトレンズを自施設において交付した患者の数	④	
7 5のうち、コンタクトレンズを自施設において交付しなかった患者の数	⑤	
8 コンタクトレンズの自施設交付割合 $\text{④} \div (\text{④} + \text{⑤}) \times 100 = \quad \quad \quad \%$		
9 眼科の病床を有している。 （該当する・該当しない）		

[記載上の注意]

- 1 「1」は、届出前1年間（コンタクトレンズに係る検査を実施した患者の数が月当たり平均500件を超える場合は、届出前6月間）において初診料、再診料又は外来診療料を算定した患者（複数の診療科を有する保険医療機関にあって、同一日に他の診療科を併せて受診したことから初診料、再診料又は外来診療料を算定しない患者を含む。）の診療報酬明細書の件数を記入すること。
- 2 「2」及び「5」は、当該期間においてコンタクトレンズに係る検査を実施した患者の診療報酬明細書の件数及びコンタクトレンズ検査料を算定した患者の診療報酬明細書の件数を記入すること。
- 3 外来患者に占めるコンタクトレンズ患者の割合及びコンタクトレンズの自施設交付割合の算出に当たり、小数点以下は切り捨てることとする。
- 4 「4」の常勤医師の勤務時間について、就業規則等に定める週あたりの所定労働時間（休憩時間を除く労働時間）を記入すること。
- 5 「5」の患者数が0人である場合にあっては、「6」から「8」までの記載は不要であること。
- 6 「6」には、自施設の近隣等にあるコンタクトレンズ販売店において購入した患者は含まないこと。

画像診断管理加算 1
画像診断管理加算 2
画像診断管理加算 3

の施設基準に係る届出書添付書類

※該当する届出事項を○で囲むこと。

1 標榜診療科 (施設基準に係る標榜科名を記入すること。)			
2 画像診断を専ら担当する常勤医師の氏名等			
常勤医師の氏名	勤務時間	画像診断を専ら担当した経験年数	医療機関勤務
	時間	年	☐
	時間	年	☐
	時間	年	☐
	時間	年	☐
	時間	年	☐
	時間	年	☐
	時間	年	☐
	時間	年	☐
3 核医学診断、CT撮影及びMRI撮影に係る事項			
	当該保険医療機関における実施件数	うち画像診断を専ら担当する常勤医師の下に画像情報の管理を行った件数	
核医学診断	① 件	件	
CT撮影及びMRI撮影	② 件	件	
4 核医学診断及びコンピューター断層診断に係る事項			
	うち画像診断を専ら担当する常勤医師が読影及び診断を翌診療日までに行った件数		
核医学診断	③ 件		
コンピューター断層診断	④ 件		
読影結果が翌診療日までに行われている率 = (③+④) / (①+②) × 100 = %			
5 当該保険医療機関以外の施設への読影又は診断の委託		有 ・ 無	
6 当該保険医療機関における夜間及び休日の読影体制		有 ・ 無	

[記載上の注意]

- 1 「2」の常勤医師については、該当するすべての医師について記載すること。常勤医師の勤務時間について、就業規則等に定める週あたりの所定労働時間（休憩時間を除く労働時間）を記入すること。また、常勤医師のうち、当該保険医療機関において勤務する医師（当該保険医療機関において常態として週3日以上かつ週22時間以上の勤務を行っており、当該勤務時間以外の所定労働時間について、自宅等の当該保険医療機関以外の場所で読影を行う医師を除く。）については、当該医師の「医療機関勤務」の口に「✓」を記入すること。ただし、画像診断管理加算1及び2については1名以上、画像診断管理加算3については6名以上の「医療機関勤務」の常勤医師が必要であること。
- 2 「2」に研修修了の登録がされている医師の氏名を記入する場合は、関係学会による登録の有無が分かる書類の写しを添付すること。
- 3 「3」及び「4」については、届出前3か月間の件数を記入すること。
- 4 画像診断管理加算1の届出を行う場合にあっては、「3」、「4」、「6」及び「7」は記載する必要はないこと。
- 5 画像診断管理加算2の届出を行う場合にあっては、「6」及び「7」は記載する必要はないこと。
- 6 画像診断管理加算2及び3の届出を行う場合にあっては、関連学会の定める指針に基づいて、MRI装置の適切な安全管理を行っていること等を証明する書類を添付すること。
- 6 画像診断管理加算3の届出を行う場合にあっては、関連学会の定める指針に基づいて、適切な被ばく線量管理を行っていること等を証明する書類を添付すること。

遠隔画像診断の施設基準に係る届出書添付書類

送信側（画像の撮影が行われる保険医療機関）

1 保険医療機関の所在地及び名称	
2 画像の撮影・送受信を行うために必要な装置・器具の一覧（製品名等）	
3 受信側の保険医療機関以外の施設への 読影又は診断の委託	有・無

受信側（画像診断が行われる保険医療機関）

1 保険医療機関の所在地及び名称	
2 画像診断管理加算の届出状況（該当するものに○をつけること。） 画像診断管理加算（ 1 2 3 ）の届出年月日（ 年 月 日）	
3 病院の種類（該当するものに○をつけること。） ・ 特定機能病院 承認年月日 年 月 日 ・ 臨床研修指定病院 指定年月日 年 月 日 ・ へき地医療拠点病院 指定年月日 年 月 日 ・ 「基本診療料の施設基準等」別表第6の2に掲げる地域に所在する病院	
4 画像の送受信を行うために必要な装置・器具の一覧（製品名等）	

[記載上の注意]

送信側及び受信側の保険医療機関ともに当該届出が必要であること。なお、送信側の保険医療機関の届出書については、受信側に係る事項についても記載すること。

ポジトロン断層撮影

ポジトロン断層・コンピューター断層複合撮影

ポジトロン断層・磁気共鳴コンピューター断層複合撮影

乳房用ポジトロン断層撮影

の施設基準に係る
届出書添付書類

※該当する届出事項を○で囲むこと。

1 届出区分 ・新 規 届 出（実績期間 年 月～ 年 月） ・再 度 の 届 出（実績期間 年 月～ 年 月） ・機器増設による届出（実績期間 年 月～ 年 月）			
2 当該画像診断の従事者に係る事項			
3 年以上の核医学診断の経験を有し、かつ、所定の研修を修了した常勤医師	常勤医師の氏名	勤務時間	核医学診断の経験年数
		時間	年
P E T 製剤の取り扱いに関し、専門の知識及び経験を有する専任の診療放射線技師	診療放射線技師の氏名	勤務時間	診断撮影機器
		時間	
3 施設共同利用率に係る事項			
① 保有する全ての当該撮影に係る機器を使用した全患者数			名
② 当該撮影の共同利用を目的として他の保険医療機関から検査を依頼された紹介患者数			名
③ 特別の関係にある保険医療機関間での紹介の場合及び画像の撮影を実施する保険医療機関へ転医目的で紹介された場合に該当する患者数			名
④ 施設共同利用率 = (②－③) / (①－③) × 100			= %
4 施設共同利用率の計算除外対象となる保険医療機関 （該当するものに○をつける）			
1 特定機能病院			
2 がん診療の拠点となる病院			
3 国立高度専門医療研究センターが設置する保険医療機関			

〔記載上の注意〕

- 「1」は、特掲施設基準通知第2の4の(2)に定めるところによるものであること。
- 「2」の常勤医師及び診療放射線技師の勤務時間について、就業規則等に定める週あたりの所定労働時間（休憩時間を除く労働時間）を記入すること。また、医師の関係学会等によるポジトロン断層撮影に係る研修の参加状況がわかるものを添付すること。
- 「3」については、施設共同利用率が30%以上の場合に限り記載すれば足りる。なお、保険診療を行った患者数のみを記載すること。また、「4」に該当する保険医療機関においては記載する必要はないこと。

血流予備量比コンピューター断層撮影の施設基準に係る届出書添付書類

1 撮影に使用する機器について (使用する機器に○印をつける) ・ マルチスライスＣＴ (64列以上 164列以上64列未満)					
2 ○印をつけた機器の名称、型番、メーカー名等 (機種名) (型番) (メーカー名) (列数又はテスラ数)					
3 当該病院の許可病床数					床
4 標榜診療科 (施設基準に係る標榜科名を記入すること。)					
5 循環器内科及び心臓血管外科を専ら担当する常勤医師の氏名等					
常勤医師の氏名	常勤換算	勤務時間	診療科名	当該診療科の 経験年数	心血管インターベンシ ョン治療の経験年数
	□	時間		年	年
	□	時間		年	年
	□	時間		年	年
	□	時間		年	年
	□	時間		年	年
	□	時間		年	年
	□	時間		年	年
6 経皮的冠動脈形成術の年間実施症例数					
					例
7 画像診断を専ら担当する常勤医師の氏名等					
常勤医師の氏名	常勤換算	勤務時間	画像診断の 経験年数		
	□	時間	年		
	□	時間	年		
	□	時間	年		
	□	時間	年		
	□	時間	年		

8 放射線治療の専従の常勤の医師の氏名等			
常勤医師の氏名	常勤換算	勤務時間	放射線治療 の経験年数
	☐	時間	年
	☐	時間	年
	☐	時間	年
9 関係学会による教育研修施設としての認定等			
関連学会名		認定年月日	
10 関係学会による総合修練機関としての認定		有 ・ 無	
学会名： 認定年月日：			
11 画像診断管理加算の施設基準への該当性の有無			
画像診断管理加算 1		有 ・ 無	
画像診断管理加算 2		有 ・ 無	
画像診断管理加算 3		有 ・ 無	

[記載上の注意]

- 「5」、「7」及び「8」の常勤医師については、該当するすべての医師について記載すること。また、週3日以上常態として勤務しており、かつ、所定労働時間が週22時間以上の勤務を行っている専任の非常勤医師（当該勤務時間以外の所定労働時間について、自宅等の当該保険医療機関以外の場所で読影を行う医師を除く。）を組み合わせ配置している場合には、当該医師の「常勤換算」の□に「✓」を記入すること。
- 「6」については経皮的冠動脈形成術は100例以上必要であること。また、当該手術の手術症例の一覧（実施年月日、手術名、患者の性別、年齢、主病名）を別添2の様式52により添付すること。
- 「7」に研修修了の登録がされている医師の氏名を記入する場合は、関係学会による登録の有無が分かる書類の写しを添付すること。
- 「9」及び「10」については、認定されていることが確認できる資料を添付すること。

C T 透視下気管支鏡検査加算
 冠動脈 C T 撮影加算
 外傷全身 C T 加算
 心臓 M R I 撮影加算
 乳房 M R I 撮影加算
 小児鎮静下 M R I 撮影加算
 頭部 M R I 撮影加算
 全身 M R I 撮影加算
 乳腺腫瘍画像ガイド下吸引術
 (M R I によるもの)

に係る施設基準の届出書添付書類

※該当する届出事項を○で囲むこと。

1 撮影に使用する機器について (使用する機器に○印をつける) ・ マルチスライス C T (6 4 列以上 1 6 列以上 6 4 列未満) ・ M R I (3 テスラ以上 1. 5 テスラ以上 3 テスラ未満)			
2 ○印をつけた機器の名称、型番、メーカー名等 (C T の場合は列数、M R I の場合はテスラ数を記載すること。) (機種名) (型 番) (メーカー名) (列数又はテスラ数)			
3 専ら呼吸器内科又は呼吸器外科に従事し、呼吸器系疾患の診療の経験を5年以上有する常勤の医師			
診療科名	常勤医師の氏名	勤務時間	呼吸器疾患の診療の経験年数
		時間	年
4 小児の M R I 撮影及び画像診断に関して十分な知識と経験を有する常勤の医師			
診療科名	常勤医師の氏名	勤務時間	小児科の経験年数
		時間	年
		時間	年
5 小児の麻酔・鎮静に十分な知識と経験を有する常勤の医師			
診療科名	常勤医師の氏名	勤務時間	小児麻酔の経験年数
		時間	年

		時間	年
6 画像診断を専ら担当する常勤の医師			
診療科名	常勤医師の氏名	勤務時間	画像診断を専ら担当した経験年数
		時間	年
		時間	年
		時間	年
7 画像診断管理加算の施設基準への該当性の有無			
画像診断管理加算 1		有 ・ 無	
画像診断管理加算 2		有 ・ 無	
画像診断管理加算 3		有 ・ 無	
8 救命救急入院料の届出の有無		有 ・ 無	
9 関係学会より認定された年月日		年	月 日
10 当該保険医療機関における夜間及び休日の読影体制		有 ・ 無	
11 当該保険医療機関における、夜間及び休日を除く全ての核医学診断、ＣＴ撮影及びＭＲＩ撮影の検査前の画像診断管理の実施		有 ・ 無	

[記載上の注意]

- 1 届出に係る画像診断機器 1 台につき、本様式による添付書類をそれぞれ作成すること。
- 2 「2」については、機器ごとに記載すること。
- 3 「3」については、ＣＴ透視下気管支鏡検査加算を届け出る場合に記載すること。
- 4 「4」及び「5」については、小児鎮静下ＭＲＩ撮影加算の届出を行う場合に記載すること。
- 5 「6」及び「11」については、頭部ＭＲＩ撮影加算及び全身ＭＲＩ撮影加算の届出を行う場合（画像診断管理加算 3 の届出を行っている場合を除く）に記載すること。「6」の常勤医師について、当該医師の専ら画像診断を担当した経験年数が 10 年未満の場合は、関係学会による研修修了の登録の有無が分かる書類の写しを添付すること。
- 6 頭部ＭＲＩ撮影加算及び全身ＭＲＩ撮影加算の届出を行う場合にあっては、関連学会の定める指針に基づいて、適切な被ばく線量管理を行っていること等を証明する書類を添付すること。
- 7 「7」については、冠動脈ＣＴ撮影加算、外傷全身ＣＴ加算、心臓ＭＲＩ加算、乳房ＭＲＩ加算、小児鎮静下ＭＲＩ撮影加算、頭部ＭＲＩ撮影加算、全身ＭＲＩ撮影加算及び乳腺腫瘍画像ガイド下吸引術（ＭＲＩによるもの）の届出を行う場合に記載すること。
- 8 「8」については、外傷全身ＣＴ加算の届出を行う場合に記載すること。
- 9 「9」については、乳房ＭＲＩ撮影加算及び乳腺腫瘍画像ガイド下吸引術（ＭＲＩによるもの）の届出を行う場合に記載すること。
- 10 「10」については、頭部ＭＲＩ撮影加算の届出を行う場合に記載すること。

外来後発医薬品使用体制加算の施設基準に係る届出書添付書類

1. 届出に係る外来後発医薬品使用体制加算の区分（いずれかに○を付す）

☐ 外来後発医薬品使用体制加算 1 （カットオフ値（「3.」の④）50%以上かつ後発医薬品の割合（「3.」の⑤）85%以上）
☐ 外来後発医薬品使用体制加算 2 （カットオフ値（「3.」の④）50%以上かつ後発医薬品の割合（「3.」の⑤）75%以上85%未満）
☐ 外来後発医薬品使用体制加算 3 （カットオフ値（「3.」の④）50%以上かつ後発医薬品の割合（「3.」の⑤）70%以上75%未満）

2. 後発医薬品の使用を促進するための体制の整備

後発医薬品の品質、 安全性、安定供給体 制等の情報を入手・ 評価する手順	
---	--

3. 医薬品の使用状況（ 年 月 日時点）

全医薬品の規格単位数量及び後発医薬品の規格単位数量並びにその割合				
期間 （届出時の直近3か 月：1か月ごと及び3か 月間の合計）	年 月	年 月	年 月	年 月 ～ 年 月 （直近3ヶ月間の 合計）
全医薬品の規格単位 数量（①）				
後発医薬品あり先発 医薬品及び後発医薬 品の規格単位数量 （②）				
後発医薬品の規格単 位数量（③）				
カットオフ値の割合 （④） （②／①）（％）				
後発医薬品の割合 （⑤） （③／②）（％）				

[記載上の注意]

- 1 後発医薬品の採用について検討を行う委員会等の名称、目的、構成員の職種・氏名等、検討する内容、開催回数等を記載した概要を添付すること。
- 2 規格単位数量とは、使用薬剤の薬価（薬価基準）別表に規定する規格単位ごとに数えた数量のことをいう。
- 3 後発医薬品の規格単位数量の割合を計算するに当たっては、「「診療報酬における加算等の算定対象となる後発医薬品」等について」（令和2年3月5日保医発 0305 第7号）を参照すること。

経気管支凍結生検法の施設基準に係る届出書添付書類

- 1 呼吸器系疾患の診療の経験を5年以上有する呼吸器内科又は呼吸器外科を担当する常勤の医師の氏名等（2名以上で、少なくとも1名は10年以上の経験を有していること。）

常勤医師の氏名	勤務時間	呼吸器系疾患の 診療の経験年数
	時間	年
	時間	年
	時間	年

- 2 診療放射線技師の氏名

診療放射線技師の氏名	
------------	--

- 3 急変時等の緊急事態に対応するための体制その他当該検査を行うための体制の概要

--

[記載上の注意]

「1」の常勤医師の勤務時間については、勤務時間欄に就業規則等に定める週あたりの所定労働時間（休憩時間を除く労働時間）を記入すること。

心大血管疾患リハビリテーション(Ⅰ)

心大血管疾患リハビリテーション(Ⅱ)

の施設基準に係る届出書添付書類

※該当する届出事項を○で囲むこと。

標榜診療科		循環器内科 ・ 心臓血管外科					
循環器内科又は心臓血管外科を担当する医師の氏名							
心大血管疾患リハビリテーションの経験を有する医師の氏名							
緊急時に備える体制		1. 救命救急入院料の届出が受理されている。 2. 特定集中治療室管理料の届出が受理されている。 3. 緊急手術・血管造影検査が行える体制が整っている。					
		連携保険医療機関名					
従事者数	医師 (心大血管疾患リハビリテーションの経験を有する医師に限る。)	常勤	専任	名	非常勤	専任 (常勤換算)	(名)
	看護師 (心大血管疾患リハビリテーションの経験を有する看護師に限る。)	常勤	専従	名	非常勤	専従 (常勤換算)	(名)
			専任	名		専任	名
	理学療法士 (心大血管疾患リハビリテーションの経験を有する理学療法士に限る。)	常勤	専従	名	非常勤	専従 (常勤換算)	(名)
			専任	名		専任	名
	専用の機能訓練室の面積		平方メートル				
専用の機能訓練室に備えている装置・器具の一覧(製品名及び台数等)							
酸素供給装置							
除細動器							
心電図モニター装置							
トレッドミル							
エルゴメーター							
血圧計							
救急カー							
運動負荷試験装置							

そ の 他		
初期加算届出の有無 (該当するものに○)	有 ・ 無	
リハビリテーション科の 医師の氏名		☐ 常勤換算
		☐ 常勤換算

[記載上の注意]

- 1 運動負荷試験装置については、当該保険医療機関内に備えていればよい。
- 2 「標榜診療科」欄及び「緊急時に備える体制」欄については、該当するものに○をつけること。心大血管疾患リハビリテーション料(Ⅰ)を届け出る場合、「標榜診療科」については、当該科の担当医師が心大血管疾患リハビリテーションを実施する時間帯において常時勤務していただく必要はない。心大血管疾患リハビリテーション料(Ⅱ)を届け出る場合、「標榜診療科」については記載が不要であるが、循環器内科又は心臓血管外科を担当する医師及び心大血管疾患リハビリテーションの経験を有する医師が心大血管疾患リハビリテーションを実施する時間帯において常時勤務していただく必要はない。
- 3 「緊急時に備える体制」を連携保険医療機関で確保している場合には、当該連携保険医療機関の名称を記載すること。また、緊急手術・血管造影検査が行える体制とは、心大血管疾患リハビリテーション実施時において、緊急時に使用可能な手術室及び血管造影室があり、緊急時に対応可能な職員が配置されている体制である。
- 4 専任の非常勤医師、専従の非常勤看護師、専従の非常勤理学療法士のうち、週3日以上常態として勤務しており、かつ、所定労働時間が週22時間以上の勤務を行っている非常勤従事者を組み合わせて配置している場合には、当該非常勤従事者を常勤換算した人数(小数点以下第2位四捨五入)を記入すること。
- 5 当該リハビリテーションに従事する医師、看護師及び理学療法士の氏名並びに勤務の態様等について、別添2の様式44の2を添付すること。
- 6 当該リハビリテーションが行われる専用の機能訓練室の平面図を添付すること。
- 7 その他、当該届出を行うに当たっては、次の要件を満たす必要があること。
 - ・ リハビリテーションに関する記録(医師の指示、運動処方、実施時間、訓練内容、担当者等)が患者ごとに一元的に管理され、常に医療従事者により閲覧が可能であること。
 - ・ 定期的にその他関係職種が参加するカンファレンスが開催されていること。
- 8 「初期加算届出の有無」欄について、有に○をつけた場合には、「リハビリテーション科の医師の氏名」欄に記載すること。なお、週3日以上常態として勤務しており、かつ、所定労働時間が週22時間以上の勤務を行っているリハビリテーション科の非常勤医師を組み合わせて配置している場合には、当該医師の「常勤換算」の口に「✓」を記入すること。

リハビリテーションの施設基準に係る届出書添付書類

届 出 区 分 (該当するものに○)		() 脳血管疾患等リハビリテーション(Ⅰ) () 脳血管疾患等リハビリテーション(Ⅱ) () 脳血管疾患等リハビリテーション(Ⅲ) () 運動器リハビリテーション(Ⅰ) () 運動器リハビリテーション(Ⅱ) () 運動器リハビリテーション(Ⅲ) () 呼吸器リハビリテーション(Ⅰ) () 呼吸器リハビリテーション(Ⅱ)					
従 事 者 数	医 師	常 勤	専 任	名	非 常 勤	専 任 (常勤換算)	(名)
	看 護 師	常 勤	専 従	名	非 常 勤	専 従	名
			専 任	名		専 任	名
	理 学 療 法 士	常 勤	専 従	名	非 常 勤	専 従 (常勤換算)	(名)
			専 任	名		専 任	名
	作 業 療 法 士	常 勤	専 従	名	非 常 勤	専 従 (常勤換算)	(名)
			専 任	名		専 任	名
	言 語 聴 覚 士	常 勤	専 従	名	非 常 勤	専 従 (常勤換算)	(名)
			専 任	名		専 任	名
	経験を有する 従 事 者	常 勤	専 従	名	非 常 勤	専 従	名
			専 任	名		専 任	名
	治療・訓練を十分実施しえる専用施設の面積				平方メートル		
当該リハビリテーションを行うための器械・器具の一覧							
☐ 訓練マット ☐ 治療台 ☐ 砂囊などの重錘 ☐ 各種歩行補助具 ☐ 各種測定用器具 (角度計、握力計等) ☐ 血圧計 ☐ 平行棒 ☐ 姿勢矯正用鏡 ☐ 各種車椅子 ☐ 傾斜台 ☐ 各種装具 (長・短下肢装具等) ☐ 家事用設備 ☐ 各種日常生活動作用設備 ☐ 聴力検査機器 ☐ 音声録音装置 ☐ ビデオ録画システム ☐ 呼吸機能検査機器 ☐ 血液ガス検査機器							

初期加算届出の有無 (該当するものに○)	有 ・ 無
-------------------------	-------

リハビリテーション科の 医師の氏名		☐ 常勤換算
		☐ 常勤換算

[記載上の注意]

- 1 専任の非常勤医師、専従の非常勤理学療法士・作業療法士・言語聴覚士のうち、週3日以上常態として勤務しており、かつ、所定労働時間が週22時間以上の勤務を行っている非常勤従事者を組み合わせて配置している場合には、当該非常勤従事者を常勤換算した人数(小数点以下第2位四捨五入)を記入すること。
- 2 当該リハビリテーションに従事する医師、看護師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士及びその他の従事者の氏名並びに勤務の態様等について、別添2の様式44の2を添付すること。
- 3 当該リハビリテーションが行われる専用の機能訓練室の平面図を添付すること。なお、言語聴覚療法を行う保険医療機関においては、遮蔽等に配慮した専用の個別療法室があることがわかる平面図であること。
- 4 その他、当該届出を行うに当たっては、次の要件を満たす必要があること。
 - ・リハビリテーションに関する記録(医師の指示、実施時間、訓練内容、担当者等)が患者ごとに一元的に保管され、常に医療従事者により閲覧が可能であること。
 - ・定期的にその他関係職種が参加するカンファレンスが開催されていること。
- 5 「初期加算届出の有無」欄について、有に○をつけた場合には、「リハビリテーション科の医師の氏名」欄に記載すること。なお、当該医師については、リハビリテーションに専ら従事している医師であること。また、週3日以上常態として勤務しており、かつ、所定労働時間が週24時間以上の勤務を行っているリハビリテーション科の非常勤医師を組み合わせて配置している場合には、当該医師の「常勤換算」の口に「✓」を記入すること。
- 6 具備している器械・器具について口に「✓」を記入すること。

障害児（者）リハビリテーション

の施設基準に係る届出書添付書類

※該当する届出事項を○で囲むこと。

従 事 者	医　師	常勤	専任		名	非常勤	専任 (常勤換算)	(　　　名)
	看　護　師	常勤	専従		名	非常勤	専従 (常勤換算)	(　　　名)
			専任		名		専任	名
	理学療法士	常勤	専従		名	非常勤	専従 (常勤換算)	(　　　名)
			専任		名		専任	名
	作業療法士	常勤	専従		名	非常勤	専従 (常勤換算)	(　　　名)
			専任		名		専任	名
	言語聴覚士	常勤	専従		名	非常勤	専従 (常勤換算)	(　　　名)
			専任		名		専任	名
	専用施設の面積		平方メートル					
当該療法を行うために必要な専用の器械・器具の一覧								
訓練マットとその付属品 姿勢矯正用鏡 車椅子 各種杖 各種測定用器具（角度計、握力計等） その他（ ）								
障害児(者) リハビリテーションの届出を行う施設一覧								
・ 児童福祉法第４２条第２号に規定する医療型障害児入所施設 ・ 児童福祉法第６条の２の２に規定する指定発達支援医療機関 ・ リハビリテーションを実施している外来患者のうち、おおむね８割以上の患者が脳性麻痺等である保険医療機関								

[記載上の注意]

- 1 専任の非常勤医師、専従の非常勤看護師・理学療法士・作業療法士・言語聴覚士のうち、週3日以上常態として勤務しており、かつ、所定労働時間が週22時間以上の勤務を行っている非常勤従事者を組み合わせて配置している場合には、当該非常勤従事者を常勤換算した人数(小数点以下第2位四捨五入)を記入すること。
- 2 当該リハビリテーションに従事する医師、看護師、理学療法士、作業療法士及び言語聴覚士の氏名並びに勤務の態様等について、別添2の様式44の2を添付すること。
- 3 当該リハビリテーションが行われる専用の機能訓練室の平面図を添付すること。なお、言語聴覚療法を行う保険医療機関においては、遮蔽等に配慮した専用の個別療法室があることがわかる平面図であること。
- 4 「当該療法を行うために必要な専用の器械・器具の一覧」欄については、該当するものに○をつけること。また、その他に器械・器具がある場合は()に記入すること。
- 5 「障害児(者)リハビリテーションの届出を行う施設一覧」欄については、該当するものに○をつけること。
- 6 その他、障害児(者)リハビリテーションの届出を行うに当たっては、次の要件を満たす必要があること。
 - ・リハビリテーションに関する記録(医師の指示、実施時間、訓練内容、担当者等)が患者ごとに一元的に保管され、常に医療従事者により閲覧が可能であること。
 - ・定期的にその他関係職種が参加するカンファレンスが開催されていること。

※ 以下はリハビリテーションを実施している外来患者のうち、おおむね8割以上の患者が脳性麻痺等である保険医療機関である場合のみ記載すること。

リハビリテーションを実施した患者(延べ人数) A	名	患者数 算出期間 年 月 日 ~ 年 月 日
上記のうち、障害児(者)に該当する患者(延べ人数) B	名	
(再掲)		
脳性麻痺	名	
胎生期若しくは乳幼児期に生じた脳又は脊髄の奇形及び障害	名	
顎・口蓋の先天異常	名	
先天性の体幹四肢の奇形又は変形	名	
先天性神経代謝異常症、大脳白質変性症	名	
先天性又は進行性の神経筋疾患	名	
神経障害による麻痺及び後遺症	名	
言語障害、聴覚障害又は認知障害を伴う自閉症等の発達障害	名	
当該施設における障害児(者)患者の割合 B/A	%	

- ① Aは、算出期間中に当該施設でリハビリテーション料(心大血管疾患リハビリテーション料、脳血管疾患等リハビリテーション料、運動器リハビリテーション料、呼吸器リハビリテーション料、集団コミュニケーション療法料)を1単位以上算定した患者の延べ人数について記載すること。
- ② Bは、加齢に伴って生ずる心身の変化に起因する疾病によるものを除く。
- ③ 平均患者数算出期間は届出の直近1か月とする。

がん患者リハビリテーションの施設基準に係る届出書添付書類

当該施設において算定している疾患別リハビリテーション料等 (該当するものに○)			心大血管疾患リハビリテーション料 I・II 脳血管疾患等リハビリテーション料 I・II・III 廃用症候群リハビリテーション料 I・II・III 運動器リハビリテーション料 I・II・III 呼吸器リハビリテーション料 I・II 障害児(者)リハビリテーション料				
経験 を 有 す る 職 員	専任の常勤医師の氏名 ※ 専任の非常勤医師 を組み合わせた場合を 含む		☐ 常勤換算	リハビリテーションに係る 経験		あり・なし	
				がん患者リハビリテーショ ンの研修		あり・なし	
	専任の常勤医師の氏名 ※ 専任の非常勤医師 を組み合わせた場合を 含む		☐ 常勤換算	リハビリテーションに係る 経験		あり・なし	
				がん患者リハビリテーショ ンの研修		あり・なし	
	経験を有する常勤専従 職員氏名		☐ 常勤換算	職種		理学療法士 作業療法士 言語聴覚士	
				がん患者リハビリテーショ ンの研修		あり・なし	
	経験を有する常勤専従 職員氏名		☐ 常勤換算	職種		理学療法士 作業療法士 言語聴覚士	
				がん患者リハビリテーショ ンの研修		あり・なし	
	経験を有する常勤専従 職員氏名		☐ 常勤換算	職種		理学療法士 作業療法士 言語聴覚士	
				がん患者リハビリテーショ ンの研修		あり・なし	
	経験を有する常勤専従 職員氏名		☐ 常勤換算	職種		理学療法士 作業療法士 言語聴覚士	
				がん患者リハビリテーショ ンの研修		あり・なし	
従 事 者 数	医師	常勤	専任	名	非常勤	専任 (常勤換算)	名 (名)
			専従	名		専従 (常勤換算)	名 (名)
	理学療法士	常勤	専任	名	非常勤	専任	名
			専従	名		専従 (常勤換算)	名 (名)
	作業療法士	常勤	専任	名	非常勤	専任	名
			専従	名		専従 (常勤換算)	名 (名)
	言語聴覚士	常勤	専任	名	非常勤	専任	名
			専従	名		専従 (常勤換算)	名 (名)

専用施設の面積	専用施設面積	平方メートル
	言語聴覚療法専用施設の面積	平方メートル
当該療法を行うための器械・器具の一覧		

[記載上の注意]

- 専任の非常勤医師、専従の非常勤理学療法士・作業療法士・言語聴覚士のうち、週3日以上常態として勤務しており、かつ、所定労働時間が週22時間以上の勤務を行っている非常勤従事者を組み合わせて配置している場合には、当該非常勤従事者を常勤換算した人数(小数点以下第2位四捨五入)を記入すること。
また、当該従事者の「常勤換算」の□に「✓」を記入すること。
- 当該リハビリテーションに従事する医師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士及びその他の従事者の氏名並びに勤務の態様等について、別添2の様式44の2を添付すること。
- 経験を有する専任の医師について、①リハビリテーションに関する経験についてわかる書類②がん患者のリハビリテーションについて研修を修了していることがわかる書類を添付すること。
- 当該リハビリテーションが行われる専用の機能訓練室の平面図を添付していること。なお、言語聴覚療法を行う保険医療機関においては、遮蔽等に配慮した専用の個別療法室があることがわかる平面図であること。

認知症患者リハビリテーションの施設基準に係る届出書添付書類

当該施設において算定している疾患別リハビリテーション料等 (該当するものに○)			心大血管疾患リハビリテーション料Ⅰ・Ⅱ 脳血管疾患等リハビリテーション料Ⅰ・Ⅱ・Ⅲ 廃用症候群リハビリテーション料Ⅰ・Ⅱ・Ⅲ 運動器リハビリテーション料Ⅰ・Ⅱ・Ⅲ 呼吸器リハビリテーション料Ⅰ・Ⅱ 障害児(者)リハビリテーション料 がん患者リハビリテーション料 精神科作業療法 精神科ショート・ケア、精神科デイ・ケア 精神科ナイト・ケア、精神科デイ・ナイト・ケア				
経験を有する職員	専任の常勤医師の氏名 ※ 専任の非常勤医師を 組み合わせた場合を含む		☐ 常勤換算		リハビリテーションに係る経験		あり・なし
					認知症患者リハビリテーション の研修		あり・なし
	専任の常勤医師の氏名 ※ 専任の非常勤医師を 組み合わせた場合を含む		☐ 常勤換算		リハビリテーションに係る経験		あり・なし
					認知症患者リハビリテーション の研修		あり・なし
従事者数	医師	常勤	専任	名	非常勤	専任 (常勤換算)	(名)
	理学療法士	常勤	専従	名	非常勤	専従 (常勤換算)	(名)
			専任	名		専任	名
	作業療法士	常勤	専従	名	非常勤	専従 (常勤換算)	(名)
			専任	名		専任	名
	言語聴覚士	常勤	専従	名	非常勤	専従 (常勤換算)	(名)
			専任	名		専任	名
	当該療法を行うための器械・器具の一覧						

- [記載上の注意]
- 1

専任の非常勤医師、専従の非常勤理学療法士・作業療法士・言語聴覚士のうち、週3日以上常態として勤務しており、かつ、所定労働時間が週22時間以上の勤務を行っている非常勤従事者を組み合わせて配置している場合には、当該非常勤従事者を常勤換算した人数(小数点以下第2位四捨五入)を記入すること。また、当該医師の「常勤換算」の口に「✓」を記入すること。
- 2

当該リハビリテーションに従事する医師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士及びその他の従事者の氏名並びに勤務の態様等について、別添2の様式44の2を添付すること。
- 3

経験を有する専任の医師について、①認知症患者の診療に関する経験についてわかる書類、②認知症患者のリハビリテーションについて研修を修了していることがわかる書類を添付すること。
- 4

当該リハビリテーションが行われる専用の機能訓練室の平面図を添付していること。
- 5

当該療法を行うための器械・器具の一覧については、作業療法、学習訓練療法、運動療法等に用いるための用具を記載すること。

集団コミュニケーション療法料の施設基準に係る届出書添付書類

当該施設にて算定している リハビリテーション料 (該当するものに○)			脳血管疾患等リハビリテーション料 Ⅰ・Ⅱ・Ⅲ 障害児(者)リハビリテーション料				
従 事 者 数	医師	常勤	専任	名	非常勤	専任 (常勤換算)	(名)
	言語聴覚士	常勤	専従	名	非常勤	専従 (常勤換算)	(名)
			専任	名		専任	名
専用施設の面積		集団療法室		平方メートル			
		個別療法室との 兼用状況 (該当するものに○)		共通 ・ 独立 ・ 個別療法室なし			
当該療法を行うための器械・器具の一覧							

- [記載上の注意]
- 1 専任の非常勤医師、専従の非常勤言語聴覚士のうち、週3日以上常態として勤務しており、かつ、所定労働時間が週22時間以上の勤務を行っている非常勤従事者を組み合わせて配置している場合には、当該非常勤従事者を常勤換算した人数(小数点以下第2位四捨五入)を記入すること。
- 2 集団療法室として用いている部屋を複数備えている場合には、面積が最も小さいものについて記載すること。
- 3 個別療法室との兼用状況については、共通で用いている部屋が1室でもある場合には「共通」を選択すること。
- 4 当該治療が行われる専用の療法室の配置図及び平面図を添付すること。
- 5 当該治療に従事する医師及び言語聴覚士の氏名、勤務の態様等について、別添2の様式44の2を添付すること。

様式 44 の 5

通院・在宅精神療法の注 4 に規定する加算の施設基準に係る届出書添付書類

1 精神科医の配置に関する要件

(1) 主として 20 歳未満の患者に対する精神医療に従事した経験を 5 年以上有する精神保健指定医

※ 非常勤の精神保健指定医を組み合わせた場合を含む。

常勤 換算	氏 名	勤務の 態様	勤務 時間	精神保健指定医に指定されてからの 精神科の経験年数	
				うち、主として 20 歳未満の患者 に対する精神医療に従事した年数	
☐		☐ 常勤 ☐ 非常勤	時間		年
					年
☐		☐ 常勤 ☐ 非常勤	時間		年
					年

(2) 主として 20 歳未満の患者に対する精神医療に従事した経験 1 年以上を含む精神科の経験を 3 年以上有する精神科医

※ 非常勤の精神科医を組み合わせた場合を含む。

常勤 換算	氏 名	勤務の 態様	勤務 時間	精神科の経験年数	
				うち、主として 20 歳未満の患者 に対する精神医療に従事した年数	
☐		☐ 常勤 ☐ 非常勤	時間		年
					年
☐		☐ 常勤 ☐ 非常勤	時間		年
					年

2 専任の精神保健福祉士等の配置に関する要件

氏名	職種

3 16歳未満の患者数に関する要件

(1) 通院・在宅精神療法を実施した患者の数（ひと月当たり平均）		人
(2) うち、16歳未満の患者の数（ひと月当たり平均）		人
(3)	$(2) \div (1) \times 100$	%

[記載上の注意]

- 「1」については、週3日以上常態として勤務しており、かつ、所定労働時間が週22時間以上の勤務を行っている非常勤医師を組み合わせ配置している場合には、当該医師の「常勤換算」の口に「✓」を記入すること。また、当該精神保健指定医の指定番号がわかるものを添付すること。なお、勤務時間欄には、就業規則等に定める週あたりの所定労働時間（休憩時間を除く労働時間）を記載すること。
- 「3」については、直近6か月の各月についてひと月あたりの平均を記載すること。「3」の(3)について、診療所である保険医療機関が届出する場合に限り記載すればよいこと。

様式 44 の6

救急患者精神科継続支援料の施設基準に係る届出書添付書類

1 精神科リエゾンチーム加算の届出に関する要件

精神科リエゾンチーム加算の届出 (有 ・ 無)

2 専任の常勤医師に係る要件

※ 非常勤医師を組み合わせた場合を含む。

常勤 換算	氏名	適切な研修
☐		あり ・ なし
☐		あり ・ なし

3 専任の常勤看護師等

氏名	職種	適切な研修
		あり ・ なし

[記載上の注意]

- 「2」については、週3日以上常態として勤務しており、かつ、所定労働時間が週22時間以上の勤務を行っている非常勤医師を組み合わせて配置している場合には、当該医師の「常勤換算」の□に「✓」を記入すること。
- 「2」及び「3」の適切な研修とは、自殺企図等により入院となった患者に対する生活上の課題等について指導を行うための適切な研修であって、救急患者精神科継続支援料の施設基準に規定するものをいう。適切な研修を修了していることがわかる書類を添付すること。

様式46の3

治療抵抗性統合失調症治療指導管理料の施設基準に係る届出書添付書類

1 統合失調症の診断・治療に十分な経験を有する精神科医の氏名	☐ 常勤換算
	☐ 常勤換算
2 統合失調症について十分な知識を有する薬剤師の氏名	
3 副作用発現時に対応するための体制の概要	

[記載上の注意]

「1」については、週3日以上常態として勤務しており、かつ、所定労働時間が週22時間以上の勤務を行っている精神科医である非常勤医師を組み合わせ配置している場合には、当該医師の「常勤換算」の口に「✓」を記入すること。

様式 47 の2

精神科在宅患者支援管理料1
精神科在宅患者支援管理料2

の施設基準に係る届出添付書類

※該当する届出事項を○で囲むこと。

1 当該保険医療機関における従事者

職 種	氏 名	
	常勤換算	
ア 常 勤 精 神 科 医	☐	
	☐	
イ 常勤精神保健福祉士		
ウ 作 業 療 法 士		

2 精神科訪問看護・指導を担当する保健師又は看護師、精神科訪問看護を担当する連携する訪問看護ステーション

所 属	氏 名	勤務形態
当該保険医療機関		常勤 ・ 非常勤

連携する訪問看護ステーション	精神科訪問看護基本療養費を算定する者としての届出
名称:	(あり ・ なし)
開設者:	

3 当該保険医療機関における 24 時間連絡を受ける体制	(あり ・ なし)
4 当該保険医療機関における 24 時間往診が可能な体制	(あり ・ なし)
5-1 当該保険医療機関における 24 時間精神科訪問看護・指導が可能な体制	(あり ・ なし)

5-2 連携する訪問看護ステーションによる 24 時間精神科訪問看護が可能な体制 (あり ・ なし) ・名 称 : ・開 設 者 : ・特 別 の 関 係 : 特別の関係である ・ 特別の関係でない	
6-1 時間外対応加算1の届出の有無	あり ・ なし
6-2 所属する保険医療機関が時間外、休日又は深夜における精神科救急情報センター等から自院のかかりつけ患者に関する問合せ等に対応できる体制の有無	あり ・ なし

[記載上の注意]

- 1 「1」において、週3日以上常態として勤務しており、かつ、所定労働時間が週 22 時間以上の勤務を行っている精神科の非常勤医師を組み合わせ配置している場合には、当該医師の「常勤換算」の口に「✓」を記入すること。
- 2 「4」、「5-1」及び「5-2」において、当該保険医療機関が 24 時間の往診又は精神科訪問看護・指導が可能な体制のいずれも有さない場合には、当該連携する訪問看護ステーションが 24 時間対応体制加算の届出をおこなっていることが確認できる文書を添付すること。

医療保護入院等診療料の施設基準に係る届出書添付書類

常勤の精神保健指定医の氏名 (指 定 番 号)	() ☐ 常勤換算
※非常勤の精神保健指定医を 組み合わせた場合を含む	() ☐ 常勤換算
行動制限最小化に係る委員会	開催回数 () 回／月 参加メンバー (職種) ・ ・ ・ ・ ・
行動制限最小化に係る 基本指針の作成日時	年 月 日作成
研修会の実施頻度	開催回数 () 回／年

[記載上の注意]

- 1 精神保健指定医について、週3日以上常態として勤務しており、かつ、所定労働時間が週22時間以上の勤務を行っている精神保健指定医である非常勤医師を組み合わせる配置している場合には、当該医師の「常勤換算」の□に「✓」を記入すること。
- 2 行動制限最小化に係る基本指針を添付すること。

様式 48 の 2

処置
手術

の休日加算 1、時間外加算 1 及び深夜加算 1 の施設基準に係る届出書添付書類

※該当する届出事項を○で囲むこと。

1	算定を行う診療科数	
2	病院全体の診療科が届出を行っている。	(該当する・該当しない)
	病院の標榜診療科数	
3	病院勤務医の負担の軽減及び処遇の改善に資する具体的計画を策定し、職員等に周知徹底している。	
	(該当する・該当しない)	
4	急性期医療に関する事項 (該当する項目に○をつけること)	
	①第三次救急医療機関	
	②総合周産期母子医療センターを有する医療機関	
	③小児救急医療拠点病院	
	④災害拠点病院	
	⑤へき地医療拠点病院	
	⑥地域医療支援病院	
	⑦基本診療料の施設基準等別表第六の二に規定する地域に所在する保険医療機関	
	⑧年間の緊急入院患者数が 200 名以上の実績を有する病院	年間 名
	⑨年間の全身麻酔による手術件数が 800 件以上の実績を有する病院	年間 件
5	静脈採血、静脈注射及び留置針によるルート確保について、原則として医師以外の医療従事者が実施する体制	
	(有 ・ 無)	
6	予定手術前日において医師が当直等を実施した日数	(日)
7	1 日の当直人数 (集中治療室等に勤務する医師を除く。) (人)	

(年間の緊急入院患者数又は年間の全身麻酔による手術件数、予定手術前日において医師が当直等を実施した日数の算出期間： 年 月 日～ 年 月 日)

[記載上の注意]

- 1 「1」について、算定を行う診療科の詳細を様式 48 の 2 の 2 により提出すること。
- 2 「3」については、様式 13 の 4「病院勤務医の負担の軽減及び処遇の改善に資する体制」及び病院勤務医の負担の軽減及び処遇の改善に資する計画の写しを添付すること。ただし、加算の変更の届出にあたり、直近 7 月に届け出た内容と変更がない場合は、様式 13 の 4 の添付を略することができる。
- 3 年間の緊急入院患者数、年間の全身麻酔による手術件数については、直近 1 年間の実績を記載すること。
- 4 「4」の①～⑥に該当する場合は、当該保険医療機関がその指定を受けたことのみが

る資料を添付すること。

- 5 「5」について、静脈採血、静脈注射又は留置針によるルート確保が実施可能な医師以外の者の氏名について、別添2の様式4を添付すること。
- 6 「6」について、予定手術前日において医師が当直等を実施した実績の一覧を提出すること。（様式自由）なお、チーム制を実施している診療科で実施した夜勤時間帯の手術のために呼び出した医師が翌日の予定手術に参加している場合は、全て算入していること。
- 7 「7」については、「2」に該当する場合に記載すること。

様式 48 の 3

交代勤務制の実施状況

1 実施診療科	
2 当該診療科の医師の氏名等	
医師の氏名	常勤・非常勤の別 (該当に○をつける)
	常勤・非常勤
	常勤・非常勤
	常勤・非常勤
	常勤・非常勤
	常勤・非常勤
	常勤・非常勤
3 交代勤務制の概要 (該当するものに○をつける)	
(1) 2交代制・3交代制の別 平日 (2交代制 ・ 3交代制) 休日 (2交代制 ・ 3交代制)	
(2) 夜勤者人数 (名)	
(3) 夜勤をした場合、翌日の日勤を休日になっている (該当する ・ 該当しない)	
(4) 日勤から連続して夜勤を行うことがある (該当する ・ 該当しない)	
(5) (4) に該当する場合、夜勤者を2人以上とし、連続勤務者の休憩を4時間以上確保している (該当する ・ 該当しない)	
(6) 夜勤時間帯の当該診療科における診療及び同時1列までの手術を夜勤者のみで実施している (該当する ・ 該当しない)	

[記載上の注意]

- 届出前1か月の勤務計画表(勤務実績)が分かる書類及び届出前1か月の当該診療科の手術の一覧(予定手術、緊急手術を問わず全て記載すること。また、術者、助手(全ての医師)の氏名並びに開始時間及び終了時間が分かるものであること)を添付すること。(様式自由)
- 「3」の(2)については、届出前1か月の平均を記入すること。

チーム制の実施状況

1 実施診療科		科
2 当該診療科の医師の氏名等	在籍する医師数	名
医師の氏名	常勤・非常勤の別 (該当に○をつける)	
	常勤・非常勤	
	常勤・非常勤	
	常勤・非常勤	
	常勤・非常勤	
	常勤・非常勤	
	常勤・非常勤	
3 チーム制の概要（該当するものに○をつける）		
(1) 緊急呼び出し当番数		
平日の夜勤時間帯	(	名)
休日の日中	(	名)
休日の夜勤時間帯	(	名)
(2) 緊急呼び出し当番を夜勤時間帯に院内に呼び出して診療を行った場合、翌日の日勤を休日に行っている（該当する ・ 該当しない）		
(3) 夜勤時間帯における緊急手術に参加させるために呼び出す医師について、原則として翌日の予定手術がない医師としている（該当する ・ 該当しない）		
4		
(1) 届出前 1 か月における夜勤時間帯の緊急呼び出し日数（院内に呼び出した日数）		____ 日
(2) 届出前 1 か月における夜勤時間帯の緊急手術の件数		____ 件

[記載上の注意]

- 届出前 1 か月の緊急呼び出し当番の実績表（緊急呼び出し当番全員の氏名及び緊急呼び出し実績（保険医療機関内での診療の実績がわかるものであること。なお、保険医療機関内で診療を行った医師の氏名及び保険医療機関内の診療を開始した時間と終了した時間がわかるものであること。）がわかる書類及び届出前 1 か月の当該診療科の手術の一覧（予定手術、緊急手術を問わず全て記載すること。また、術者、助手（全ての医師）の氏名並びに開始時間及び終了時間がわかるものであること）を添付すること。（様式自由）
- 「3」の（1）については、届出前 1 か月の平均を記入すること。

様式 48 の 5

静脈圧迫処置の施設基準に係る届出書添付書類

1. 専任常勤従事者の氏名等

	常勤医師又は看護師の氏名	診療科名	静脈疾患に係る診療の経験年数	勤務時間	所定の研修修了年月日
専任の常勤 医師			年	時間	
			年	時間	
			年	時間	
専任の常勤 看護師				時間	
				時間	
				時間	

2. 検査機器の状況等

☐ 血管超音波検査

☐ その他（機器の名称及び目的を記載：_____）

☐ 他の医療機関と連携（連携医療機関の名称：_____）

〔記載上の注意〕

- 「1」の常勤従事者については、該当するすべての医師及び看護師について記載すること。常勤医師及び常勤看護師の勤務時間について、就業規則等に定める週あたりの所定労働時間（休憩時間を除く労働時間）を記入すること。
- 「1」の所定の研修の修了については、看護師が修了している場合も修了年月日を記入すること。なお、医師及び看護師の研修の内容及び修了が確認できる文書（修了証、プログラム等）を添付すること。
- 「2」の検査機器の状況等については、当該保険医療機関に備えている検査機器について、該当するものに「✓」を記入すること。また、他の医療機関と連携する場合は、当該医療機関の名称を記載すると共に、連携を行っていることが確認できる文書を添付すること。

多血小板血漿処置の施設基準に係る届出書添付書類

1 標榜診療科名（施設基準に係る標榜科名を記入すること。）			
科			
2 形成外科、血管外科又は皮膚科の経験を有する常勤の医師の氏名等			
診療科名	常勤医師の氏名	勤務時間	当該診療科の 経験年数
		時間	年
		時間	年
		時間	年
3 常勤の薬剤師又は臨床工学技士の氏名等			
氏名		職種	

[記載上の注意]

- 1 「2」の常勤医師の勤務時間について、就業規則等に定める週あたりの所定労働時間（休憩時間を除く労働時間）を記載すること。
- 2 再生医療等の安全性の確保等に関する法律（平成 25 年法律第 85 号）第 3 条に規定する再生医療等提供基準を遵守していることを証する文書として、地方厚生（支）局で受理された再生医療等提供計画の写しを添付すること。

エタノールの局所注入の施設基準に係る届出書添付書類
(甲状腺に対するもの)

1 甲状腺の治療に係る専門の知識及び5年以上の経験を有する医師の氏名等（1名以上）	
医師の氏名	甲状腺の治療に係る経験年数
	年
	年
2 当該療法を行うために必要な器械・器具	
カラー Doppler エコー （解像度 7.5 MHz 以上）	

[記載上の注意]

「2」については、機器名、解像度等、当該療法を実施するにつき十分な性能を有していることがわかる内容を記載すること。

様式 49 の 3 の 2

下肢末梢動脈疾患指導管理加算に関する施設基準

※該当する届出事項を○で囲むこと。

1 当該医療機関において慢性維持透析を実施している患者に対し、全例に下肢末梢動脈疾患に関するリスク評価及び指導管理等を行っている (該当する ・ 該当しない)	
2 下肢末梢動脈疾患に関するリスク評価及び指導管理等を行った 1 月間の患者数 (実績期間 年 月)	人
3 A B I 検査 0.7 以下又は S P P 検査 40mmHg 以下の患者については、全例に患者や家族に説明を行い、同意を得た上で専門的な治療体制を有している医療機関へ紹介を行っている (該当する ・ 該当しない)	
4 専門的な治療体制を有している医療機関の名称及び当該医療機関が標榜する診療科 名称 : ア 循環器内科 循環器内科の標榜 (有 ・ 無) イ 胸部外科又は血管外科 標榜する診療科 () ウ 整形外科、皮膚科又は形成外科 標榜する診療科 ()	
5 「4」に定める医療機関に係る院内掲示の有無 (有 ・ 無)	

[記載上の注意]

「4」について、当該届出医療機関が専門的な治療体制を有している医療機関の要件を満たしている場合、自院の名称を記入すること。

う蝕歯無痛的窩洞形成加算
手術時歯根面レーザー応用加算

の施設基準に係る届出書添付書類

1 届出を行う加算（該当するものに○）

☐	う蝕歯無痛的窩洞形成加算
☐	手術時歯根面レーザー応用加算

2 標榜診療科

--

3 当該療養に係る歯科医師の氏名等

歯科医師の氏名	経歴（経験年数を含む。）

4 設置機器名

一般的名称	概 要	
エルビウム・ヤグレーザー	医療機器の製品名	
	設置年月日	
罹患象牙質除去機能付レーザー	医療機器の製品名	
	設置年月日	

※罹患象牙質除去機能付レーザーのみ設置している場合は、手術時歯根面レーザー応用加算の届出は不可

5 歯周組織再生誘導手術に係る施設基準の届出日（当該届出を行っている場合のみ記載）

平成・令和 年 月 日

同種死体膵島移植術の施設基準に係る届出書添付書類

1 標榜診療科（当該手術を担当する科名）			
科			
2 当該医療機関において３年間に実施した同種死体膵移植術、同種死体膵腎移植術 又は同種死体膵島移植術（合計）			
例			
3 同種死体膵島移植術を担当する診療科の常勤医師の氏名等（２名以上）			
常勤医師の氏名	勤務時間	同種死体膵島移植術の 経験症例数	
	時間	例	
	時間	例	
	時間	例	
4 糖尿病の治療に関し、専門の知識及び少なくとも５年以上の経験を有する常勤の 医師の氏名等			
常勤医師の氏名	勤務時間	糖尿病の治療 の経験年数	膵臓移植又は膵島移 植患者の経験症例数
	時間	年	例
		年	例
		年	例
5 医療関係団体による認定の有無		（ 有 ・ 無 ）	
6 関連学会のガイドラインの遵守		☐	
7 再生医療等提供基準の遵守		☐	

〔記載上の注意〕

- 「２」から「４」については、当該手術症例一覧（実施年月日、手術名、患者の性別、年齢、主病名）を別添２の様式 52 により添付すること。
- 「３」及び「４」の常勤医師の勤務時間について、就業規則等に定める週あたりの所定労働時間（休憩時間を除く労働時間）を記入すること。
- 「５」について、医療関係団体より認定された施設であることを証する文書の写しを添付す

ること。

- 4 「6」について、関連学会から示されている基準等を遵守している旨を届け出ていることを証する文書の写しを添付すること。
- 5 「7」については、地方厚生（支）局で受理された再生医療等提供計画の写しを添付すること。

様式59の3の2

不整脈手術（左心耳閉鎖術（経カテーテル的手術によるものに限る））

の施設基準に係る届出書

1 届出種別			
・新規届出（実績期間 年 月～ 年 月）			
・再度の届出（実績期間 年 月～ 年 月）			
2 標榜診療科（施設基準に係る標榜科名を記入すること。）			
科			
3 当該保険医療機関における経カテーテル的手術の年間実施症例数 （「K555-2」「K556-2」「K559-2」「K559-3」「K562の1」 「K567-2」「K570-2」「K570-3」「K570-4」「K573の1」「K574-2」 「K574-3」「K594の4のロ」「K595」「K595-2」の合計数）			
例			
4 循環器内科及び心臓血管外科の医師の氏名等			
診療科名	医師の氏名		当該診療科の経験年数
			年
			年
			年
			年
5 5年以上の心血管インターベンション治療の経験を有する常勤の医師及び不整脈についての専門的な研修の経験を5年以上有している常勤の医師等			
常勤医師の氏名	勤務時間	心血管インターベンション治療の経験年数	不整脈の経験年数
	時間		
	時間		
5 緊急手術が可能な体制		有 ・ 無	
6 常勤の臨床工学技士の氏名			

[記載上の注意]

- 1 「1」は、特掲施設基準通知第2の4の(3)に定めるところによるものであること。
- 2 「3」については、経カテーテル大動脈弁置換術等は50例以上必要であること。また、当該手術症例の一覧（実施年月日、手術名、患者の性別、年齢、主病名）を別添2の様式52により添付すること。
- 4 「5」の常勤医師の勤務時間について、就業規則等に定める週あたりの所定労働時間（休憩時間を除く労働時間）を記入すること。

経皮的下肢動脈形成術の施設基準に係る届出書添付書類

1 標榜診療科（施設基準に係る標榜科名を記入すること。）			科
2 関連学会が認定する常勤医師の氏名等			
常勤医師の氏名	勤務時間	診療科名（当該手術を担当する科名）	
	時間	科	
	時間	科	
	時間	科	
	時間	科	
3 緊急手術が可能な体制		有 ・ 無	
4 関連学会より認定された年月日		年 月 日	

[記載上の注意]

- 1 「2」の医師の勤務時間について、就業規則等に定める週あたりの所定労働時間（休憩時間を除く労働時間）を記載すること。
- 2 「2」については、当該医師が関連学会からの認定を証する文書の写しを添付すること。

様式 65 の 4 の 2

腹腔鏡下リンパ節群郭清術（後腹膜）の施設基準に係る届出書添付書類

1 届出種別										
・ 新規届出（実績期間 年 月 ～ 年 月） ・ 再度の届出（実績期間 年 月 ～ 年 月）										
2 標榜診療科（施設基準に係る標榜科名を記入すること。）										
3 以下の手術について、術者として、合わせて 20 例以上の経験を有する常勤の泌尿器科の医師の氏名等（2 名以上） <table border="0" style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 50%;">ア 腹腔鏡下リンパ節群郭清術（骨盤）</td> <td style="width: 50%;">イ 腹腔鏡下リンパ節群郭清術（後腹膜）</td> </tr> <tr> <td>ウ 腹腔鏡下後腹膜腫瘍摘出術</td> <td>エ 腹腔鏡下腎摘出術腹</td> </tr> <tr> <td>オ 腔鏡下副腎摘出術</td> <td>カ 腹腔鏡下腎（尿管）悪性腫瘍手術</td> </tr> <tr> <td>キ 腹腔鏡下前立腺悪性腫瘍手術</td> <td></td> </tr> </table>			ア 腹腔鏡下リンパ節群郭清術（骨盤）	イ 腹腔鏡下リンパ節群郭清術（後腹膜）	ウ 腹腔鏡下後腹膜腫瘍摘出術	エ 腹腔鏡下腎摘出術腹	オ 腔鏡下副腎摘出術	カ 腹腔鏡下腎（尿管）悪性腫瘍手術	キ 腹腔鏡下前立腺悪性腫瘍手術	
ア 腹腔鏡下リンパ節群郭清術（骨盤）	イ 腹腔鏡下リンパ節群郭清術（後腹膜）									
ウ 腹腔鏡下後腹膜腫瘍摘出術	エ 腹腔鏡下腎摘出術腹									
オ 腔鏡下副腎摘出術	カ 腹腔鏡下腎（尿管）悪性腫瘍手術									
キ 腹腔鏡下前立腺悪性腫瘍手術										
常勤医師の氏名	勤務時間	2 に示す手術の経験症例数								
	時間	例								
	時間	例								
	時間	例								
4 当該手術に習熟した医師の指導の下に、術者として 10 例以上実施した経験を有する常勤の泌尿器科の医師の氏名等（1 名以上）										
常勤医師の氏名	勤務時間	当該手術の経験症例数								
	時間	例								
	時間	例								
5 当該保険医療機関における当該手術の年間実施症例数 _____ 例										

[記載上の注意]

- 「1」は、特掲診療料施設基準通知第 2 の 4 の（3）に定めるところによるものであること。
- 「3」及び「4」の常勤医師の勤務時間について、就業規則等に定める週あたりの所定労働時間（休憩時間を除く労働時間）を記載すること。
- 「3」から「5」については、当該手術症例一覧（実施年月日、手術名、患者の性別、年齢、主病名）を別添 2 の様式 52 により添付すること。
- 当該届出は、病院である保険医療機関のみ可能であること。

様式 65 の 6

腹腔鏡下胃縮小術（スリーブ状切除によるもの）の施設基準に係る届出書添付書類

1 届出種別				
・ 新規届出 （実績期間 年 月 ～ 年 月） ・ 再度の届出（実績期間 年 月 ～ 年 月）				
2 標榜診療科（施設基準に係る標榜科名を記入すること。）				
科				
3 外科又は消化器外科について5年以上の経験を有し、当該手術に習熟した医師の指導の下に、当該手術を術者として5例以上実施した経験を有する常勤医師の氏名等				
常勤医師の氏名	勤務時間	診療科名	当該診療科の 経験年数	当該手術の術者としての 経験症例数
	時間	科	年	例
	時間	科	年	例
	時間	科	年	例
4 当該保険医療機関における下記の手術の年間実施症例数				
区分番号「K647-2」、「K649-2」、「K654-3」、「K655-2」、「K655-5」、「K656-2」、「K657-2」、「K662-2」、「K666-2」、「K667-2」又は「K667-3」に掲げる手術				
例				
5 当該手術を担当する診療科における常勤医師の氏名等				
常勤医師の氏名	勤務時間	診療科名（当該手術を担当する科名）		
	時間	科		
	時間	科		
	時間	科		
	時間	科		
6 高血圧症、脂質異常症、糖尿病又は肥満症に関する診療について合わせて5年以上の経験を有する常勤の医師の氏名等				
常勤医師の氏名	勤務時間	経験年数		
	時間	年		
	時間	年		
7 常勤の麻酔科標榜医の氏名				
8 常勤の管理栄養士の氏名				
9 緊急手術が可能な体制（有 ・ 無）				
10 当該手術を実施した患者に対するフォローアップの有無及び術後5年目の捕捉率				
（有 ・ 無）（割 分）				

[記載上の注意]

- 1 「1」は、特掲診療料施設基準通知第2の4の（3）に定めるところによるものであること。
- 2 「3」、「5」及び「6」の常勤医師の勤務時間について、就業規則等に定める週あたりの所定労働時間（休憩時間を除く労働時間）を記入すること。
- 3 「3」及び「4」については、当該手術症例一覧（実施年月日、手術名、患者の性別、年齢、主病名）を別添2の様式52により添付すること。
- 4 「7」について、麻酔科標榜許可書の写しを添付すること。

様式 67 の 2 の 4

腹腔鏡下膵頭部腫瘍切除術（内視鏡手術用支援機器を用いる場合）の
施設基準に係る届出書添付書類

1 届出種別 ・新規届出（実績期間 年 月～ 年 月） ・再度の届出（実績期間 年 月～ 年 月）		
2 腹腔鏡下膵体尾部腫瘍切除術（内視鏡手術用支援機器を用いる場合）又は腹腔鏡下膵頭部腫瘍切除術（内視鏡手術用支援機器を用いる場合）を術者として、合わせて5例以上実施した経験を有する常勤医師の氏名等		
常勤医師の氏名	勤務時間	当該手術の術者としての経験症例数
	時間	例
	時間	例
3 腹腔鏡下膵頭部腫瘍切除術又は腹腔鏡下膵体尾部切除術を術者として20例以上実施した経験を有する常勤医師の氏名等		
常勤医師の氏名	腹腔鏡下膵頭十二指腸切除術の経験症例数	腹腔鏡下膵体尾部切除術の経験症例数
	例	例
	例	例
4 当該保険医療機関において1年間に実施した膵臓に係る手術症例数 （「K698」、「K700」、「K700-2」、「K700-3」、「K701」、「K702」、「K702-2」、「K703」、「K703-2」及び「K704」の合計数） そのうち、膵頭十二指腸切除術症例数		
		例
		例
5 当該保険医療機関において1年間に実施した腹腔鏡手術症例数		例
6 当該保険医療機関において1年間に実施した胆嚢摘出術を除く腹腔鏡下上腹部手術症例数（腹腔鏡下の肝臓・胆のう・膵臓・胃・食道・脾臓に係る手術の合計数）		例

8 標榜診療科名（施設基準に係る標榜科名を記入すること。）		科
10 病理部門の病理医氏名		
12 学会との連携体制	有	無

〔記載上の注意〕

- 1 「2」、「3」、「4」、「5」、「6」、「7」については、当該手術症例一覧（実施年月日、手術名、患者の性別、年齢、主病名）を別添2の様式52により添付すること。
- 2 外科又は消化器外科を担当する常勤医師の勤務時間について、就業規則等に定める週あたりの所定労働時間（休憩時間を除く労働時間）を記入すること。
- 3 当該届出は、病院である保険医療機関のみ可能であること。

腹腔鏡下腎悪性腫瘍手術（内視鏡手術用支援機器を用いるもの）の
施設基準に係る届出書添付書類

1 届出種別 ・新規届出（実績期間 年 月～ 年 月） ・再度の届出（実績期間 年 月～ 年 月）				
2 標榜診療科（施設基準に係る標榜科名を記入すること。）				科 科
3 当該医療機関における腎悪性腫瘍に係る手術の年間実施症例数				
4 泌尿器科の常勤医師の氏名等 （泌尿器科について5年以上の経験 を有する者が2名以上）	常勤医師の氏名	勤務時間	泌尿器科の 経験年数	当該手術の 経験症例数
		時間	年	例
		時間	年	例
5 麻酔科標榜医の氏名				
6 緊急手術が可能な体制（ 有 ・ 無 ）				
7 常勤の臨床工学技士の氏名				
8 保守管理の計画（ 有 ・ 無 ）				

[記載上の注意]

- 1 「1」は特掲診療料施設基準通知第2の4の（3）に定めるところによるものであること。
- 2 「3」については、当該手術症例一覧（実施年月日、手術名、患者の性別、年齢、主病名）を別添2の様式52により添付すること。
- 3 「4」の泌尿器科を担当する常勤医師の勤務時間について、就業規則等に定める週あたりの所定労働時間（休憩時間を除く労働時間）を記入すること。
また、このうち1名の医師は、当該療養について10例以上の症例を経験していることが必要であること、また、当該手術症例一覧を別添2の様式52により添付すること。
- 4 「5」について、麻酔科標榜許可書の写しを添付すること。
- 5 「8」について、当該手術に用いる機器の保守管理の計画書を添付すること。
- 6 当該届出は、病院である保険医療機関のみ可能であること。

様式 68 の 4

腹腔鏡下腎盂形成手術（内視鏡手術用支援機器を用いる場合）

の施設基準に係る届出書添付書類

1 届出種別		
・ 新規届出（実績期間 年 月 ～ 年 月） ・ 再度の届出（実績期間 年 月 ～ 年 月）		
2 標榜診療科（施設基準に係る標榜科名を記入すること。）		
3 腹腔鏡下腎悪性腫瘍手術（内視鏡手術用支援機器を用いるもの）又は腹腔鏡下腎盂形成手術（内視鏡手術用支援機器を用いる場合）を術者として、合わせて 10 例以上実施した経験を有する常勤の医師の氏名等（1 名以上）		
常勤医師の氏名	勤務時間	当該手術の経験症例数
	時間	例
	時間	例
4 当該保険医療機関における関連手術の年間実施症例数 _____ 例		
このうち、腎盂形成手術又は腹腔鏡下腎盂形成手術の年間実施症例数 _____ 例		
5 泌尿器科について専門の知識及び 5 年以上の経験を有する常勤医師		
常勤医師の氏名	勤務時間	泌尿器科の経験年数
	時間	年
	時間	年
6 緊急手術が可能な体制 有 ・ 無		
7 常勤の臨床工学技士の氏名		
8 保守管理の計画 有 ・ 無		

[記載上の注意]

- 1 「1」は、特掲診療料施設基準通知第2の4の(3)に定めるところによるものであること。
- 2 「3」及び「5」の常勤医師の勤務時間について、就業規則等に定める週あたりの所定労働時間（休憩時間を除く労働時間）を記載すること。
- 3 「4」の関連手術とは、以下の手術のことを指す。
 - ア 腎（尿管）悪性腫瘍手術
 - イ 腹腔鏡下腎（尿管）悪性腫瘍手術
 - ウ 腹腔鏡下小切開腎（尿管）悪性腫瘍手術
 - エ 腎腫瘍凝固・焼灼術（冷凍凝固によるもの）
 - オ 腹腔鏡下腎悪性腫瘍手術（内視鏡手術用支援機器を用いるもの）
 - カ 腎盂形成手術
 - キ 腹腔鏡下腎盂形成手術
- 4 「3」及び「4」については、該手術症例一覧（実施年月日、手術名、患者の性別、年齢、主病名）を別添2の様式52により添付すること。
- 5 「8」について、当該手術に用いる機器の保守管理の計画書を添付すること。
- 6 当該届出は、病院である保険医療機関のみ可能であること。

生体腎移植術の施設基準に係る届出書添付書類

1 届出種別 ・新規届出（実績期間 年 月～ 年 月） ・再度の届出（実績期間 年 月～ 年 月）			
2 標榜診療科（当該手術を担当する科名） 科			
3 腎尿路系手術（K 7 5 7 から K 8 2 3 － 2 までに掲げる手術であって、区分番号「L 0 0 8」マスク又は気管内挿管による閉鎖循環式全身麻酔を伴うものに限る。）の年間実施症例数 例			
4 生体腎移植術を担当する診療科の常勤医師の氏名等（2 名以上）			
常勤医師の氏名	勤務時間	死体腎移植の経験症例数	生体腎移植の経験症例数
	時間	例	例
	時間	例	例
	時間	例	例

〔記載上の注意〕

- 1 「1」は特掲診療料施設基準通知第2の4の（3）に定めるところによるものであること。
- 2 「3」は、新規届出の場合には実績期間内に5例以上、再度の届出の場合には実績期間内に10例以上が必要であること。また、当該手術症例一覧（実施年月日、手術名、患者の性別、年齢、主病名）を別添2の様式52により添付すること。
- 3 「4」の常勤医師の勤務時間について、就業規則等に定める週あたりの所定労働時間（休憩時間を除く労働時間）を記入すること。また、医師の経験した当該手術症例一覧（実施年月日、手術名、患者の性別、年齢、主病名）を別添2の様式52により添付すること。
- 4 世界保健機関「ヒト臓器移植に関する指針」、国際移植学会倫理指針、日本移植学会倫理指針及び日本移植学会「生体腎移植ガイドライン」を遵守する旨の文書（様式任意）を添付すること。
- 5 当該届出は、病院である保険医療機関のみ可能であること。

様式 69 の 2

膀胱水圧拡張術の施設基準に係る届出書添付書類

1 標榜診療科名（施設基準に係る標榜科名を記入すること。）		
科		
2 泌尿器科の経験を 5 年以上有しており、膀胱水圧拡張術を、当該手術に習熟した医師の指導の下に、術者として 5 例以上実施した経験を有する医師の氏名等		
医師の氏名	泌尿器科の 経験年数	当該手術の術者としての経験症例数
	年	例
	年	例
	年	例
3 泌尿器科の常勤医師の氏名		
常勤医師の氏名	勤務時間	
	時間	
	時間	
	時間	
	時間	
4 麻酔科標榜医の氏名		
5 緊急手術が可能な体制	有 ・ 無	

〔記載上の注意〕

- 1 「2」については、当該手術症例一覧（実施年月日、手術名、患者の性別、年齢、主病名）を別添 2 の様式 52 により添付すること。
- 2 「3」の泌尿器科を担当する常勤医師の勤務時間について、就業規則等に定める週あたりの所定労働時間（休憩時間を除く労働時間）を記入こと。
- 3 「4」について、麻酔科標榜許可書の写しを添付すること。

様式 69 の 3

腹腔鏡下膀胱悪性腫瘍手術
腹腔鏡下小切開膀胱悪性腫瘍手術

の施設基準に係る届出書添付書類

※該当する届出事項を○で囲むこと。

1 標榜診療科名（施設基準に係る標榜科名を記入すること。）			科
2 当該保険医療機関において1年間に実施した膀胱悪性腫瘍手術症例数（区分番号「K803」、「K803-2」及び「K803-3」の合計数）		例	
3 泌尿器科の常勤医師の氏名等（2名以上）			
常勤医師の氏名	勤務時間	泌尿器科の経験年数 （少なくとも1名は5年以上）	
	時間	年	
	時間	年	
	時間	年	
4 麻酔科標榜医の氏名			
5 病理部門の病理医氏名			
6 緊急手術が可能な体制	有 ・ 無		

[記載上の注意]

- 「2」については、当該手術症例一覧（実施年月日、手術名、患者の性別、年齢、主病名）を別添2の様式52により添付すること。
- 「3」の泌尿器科を担当する常勤医師の勤務時間について、就業規則等に定める週あたりの所定労働時間（休憩時間を除く労働時間）を記入すること。
- 「4」について、麻酔科標榜許可書の写しを添付すること。
- 当該届出は、病院である保険医療機関のみ可能であること。

様式 69 の 5

腹腔鏡下膀胱悪性腫瘍手術（内視鏡手術用支援機器を用いる場合）の
施設基準に係る届出書添付書類

1 届出種別			
・新規届出（実績期間 年 月～ 年 月） ・再度の届出（実績期間 年 月～ 年 月）			
2 腹腔鏡下膀胱悪性腫瘍手術（内視鏡手術用支援機器を用いる場合）を術者として5例以上実施した経験を有する常勤医師の氏名等	常勤医師の氏名	勤務時間	当該手術の術者としての経験症例数
		時間	例
		時間	例
3 当該医療機関における膀胱悪性腫瘍手術（全摘（腸管等を利用して尿路変更を行わないもの、尿管S状結腸吻合を利用して尿路変更を行うもの、回腸若しくは結腸導管を利用して尿路変更を行うもの又は代用膀胱を利用して尿路変更を行うもの）に限る。）、腹腔鏡下膀胱悪性腫瘍手術又は腹腔鏡下小切開膀胱悪性腫瘍手術の年間実施症例数（合計）			
例			
4 標榜診療科（施設基準に係る標榜科名を記入すること。）			
科 科 科 科			
5 泌尿器科の常勤医師の氏名等（泌尿器科について5年以上の経験を有する者が2名以上）	常勤医師の氏名	勤務時間	泌尿器科の経験年数
		時間	年
		時間	年
		時間	年
6 緊急手術が可能な体制（有・無）			
7 常勤の臨床工学技士の氏名			
8 保守管理の計画（有・無）			

[記載上の注意]

- 1 「1」は特掲診療料施設基準通知第2の4の(3)に定めるところによるものであること。
- 2 「2」及び「5」の常勤医師の勤務時間について、就業規則等に定める週あたりの所定労働時間(休憩時間を除く労働時間)を記入すること。また、「2」について、術者として実施した当該症例手術一覧を別添2の様式52により添付すること。
- 3 「3」については、当該手術症例一覧(実施年月日、手術名、患者の性別、年齢、主病名)を別添2の様式52により添付すること。
- 4 「8」について、当該手術に用いる機器の保守管理の計画書を添付すること。
- 5 当該届出は、病院である保険医療機関のみ可能であること。

焦点式高エネルギー超音波療法の施設基準に係る届出書添付書類

1 標榜診療科（施設基準に係る標榜科名を記入すること。）			
2 焦点式高エネルギー超音波療法について主として実施する医師及び補助を行う医師として5例以上の経験を有する常勤の泌尿器科の医師（当該診療科について5年以上の経験を有するものに限る。）の氏名等（1名以上）			
常勤医師の氏名	勤務時間	泌尿器科の 経験年数	焦点式高エネルギー超 音波療法の経験症例数
	時間	年	例
	時間	年	例
3 当該医療機関における焦点式高エネルギー超音波療法の実施症例数（5例以上）			
例			

[記載上の注意]

- 「2」の泌尿器科を担当する常勤医師の勤務時間について、就業規則等に定める週あたりの所定労働時間（休憩時間を除く労働時間）を記入すること。なお、次に該当する従事者であるかについて備考欄に記載すること。
- 「2」及び「3」については、当該手術症例一覧（実施年月日、手術名、患者の性別、年齢、主病名）を別添2の様式52により添付すること。
- 当該届出は、病院である保険医療機関のみ可能であること。

様式 71 の 1 の 2

腹腔鏡下前立腺悪性腫瘍手術（内視鏡手術用支援機器を用いるもの）の
施設基準に係る届出書添付書類

1 届出種別			
・新規届出（実績期間 年 月～ 年 月） ・再度の届出（実績期間 年 月～ 年 月）			
2 標榜診療科（施設基準に係る標榜科名を記入すること。）			科 科
3 当該医療機関における前立腺悪性腫瘍に係る手術の年間実施症例数			例
4 泌尿器科の常勤医師の氏名等 （泌尿器科について5年以上の経験 を有する者が2名以上）	常勤医師の氏名	勤務時間	泌尿器科の 経験年数
		時間	年
		時間	年
5 麻酔科標榜医の氏名			
6 緊急手術が可能な体制（有 ・ 無）			
7 常勤の臨床工学技士の氏名			
8 保守管理の計画（有 ・ 無）			

〔記載上の注意〕

- 「1」は特掲診療料施設基準通知第2の4の（3）に定めるところによるものであること。
- 「3」については、当該手術症例一覧（実施年月日、手術名、患者の性別、年齢、主病名）を別添2の様式52により添付すること。
- 「4」の泌尿器科を担当する常勤医師の勤務時間について、就業規則等に定める週あたりの所定労働時間（休憩時間を除く労働時間）を記入すること。
- 「5」について、麻酔科標榜許可書の写しを添付すること。
- 「8」について、当該手術に用いる機器の保守管理の計画書を添付すること。
- 当該届出は、病院である保険医療機関のみ可能であること。

**腹腔鏡下仙骨腔固定術（内視鏡手術用支援機器を用いる場合）
の施設基準に係る届出書添付書類**

1 標榜診療科（施設基準に係る標榜科名を記入すること。）			
科			
2 腹腔鏡下膀胱悪性腫瘍全摘術（内視鏡手術用支援機器を用いる場合）、腹腔鏡下仙骨腔固定術（内視鏡手術用支援機器を用いる場合）及び腹腔鏡下腔式子宮全摘術（内視鏡手術用支援機器を用いる場合）を術者として、合わせて 10 例以上実施し、このうち腹腔鏡下仙骨腔固定術（内視鏡手術用支援機器を用いる場合）を術者として、3 例以上実施した経験を有する常勤の医師の氏名等（1 名以上）			
常勤医師の氏名	勤務時間	当該手術の術者としての 経験症例数	
	時間	例	
	時間	例	
3 当該保険医療機関において 1 年間に実施した膀胱瘤、膀胱悪性腫瘍、子宮脱又は子宮腫瘍に係る手術の年間実施症例数 _____ 例 このうち、腹腔鏡下仙骨腔固定術の年間実施症例数 _____ 例			
4 常勤医師の氏名等（2 名以上）			
常勤医師の氏名	勤務時間	診療科名（当該手術 を担当する科名）	当該診療科の 経験年数
	時間		年
	時間		年
	時間		年
	時間		年
5 麻酔科標榜医の氏名			
6 緊急手術が可能な体制		（ 有 ・ 無 ）	
7 常勤の臨床工学技士の氏名			
8 保守管理の計画		（ 有 ・ 無 ）	

[記載上の注意]

- 1 「3」及び「4」については、当該手術症例一覧（実施年月日、手術名、患者の性別、年齢、主病名）を別添2の様式52により添付すること。
- 2 「3」及び「5」の常勤医師の勤務時間について、就業規則等に定める週あたりの所定労働時間（休憩時間を除く労働時間）を記入こと。
- 3 「6」について、麻酔科標榜許可書の写しを添付すること。
- 4 「8」について、当該手術に用いる機器の保守管理の計画書を添付すること。
- 5 当該届出は、病院である保険医療機関のみ可能であること。

様式 71 の 4

胎児胸腔・羊水腔シャント術

無心体双胎焼灼術

胎児輸血術

の施設基準に係る届出書添付書類

※該当する届出事項を○で囲むこと。

1 標榜診療科（施設基準に係る標榜科名を記入すること。）			科
2 産科又は産婦人科、小児科及び麻酔科の医師の氏名等 ※ それぞれの診療科において2名以上の医師が配置されており、そのうち1名以上は5年以上の経験を有する医師であること。			
医師の氏名	診療科名	当該診療科における経験年数	
		年	
		年	
		年	
		年	
		年	
		年	
3 5例以上の胎児胸水症例を経験した常勤の医師の氏名等			
常勤医師の氏名等	勤務時間	胎児胸水の経験症例数	
	時間	例	
	時間	例	
4 無心体双胎に関する十分な経験を有した常勤の医師の氏名等			
常勤医師の氏名	勤務時間	無心体双胎の経験症例数	
	時間	例	
	時間	例	
5 超音波ガイド下の胎児治療に十分な治療経験を有し、2例以上の臍帯穿刺又は胎児輸血を経験した常勤の医師の氏名等			
常勤医師の氏名等	勤務時間	臍帯穿刺又は胎児輸血の経験症例数	
	時間	例	

	時間	例
6 総合周産期特定集治療室管理料の届出		有 ・ 無
7 緊急帝王切開に対応できる体制 新生児特定集中治療室管理料の届出		有 ・ 無 有 ・ 無

[記載上の注意]

- 1 「2」については、胎児胸腔・羊水腔シャント術及び胎児輸血術の届出を行う場合に記入すること。
- 2 「3」については、胎児胸腔・羊水腔シャント術の届出を行う場合に記入し、胎児胸水症例の一覧（実施年月日、手術名、患者の性別、年齢、主病名）を別添2の様式52により添付すること。
- 3 「4」については、無心体双胎焼灼術の届出を行う場合に記入し、無心体双胎症例の一覧（実施年月日、手術名、患者の性別、年齢、主病名）を別添2の様式52により添付すること。
- 4 「5」については、胎児輸血術の届出を行う場合に記入し、臍帯穿刺又は胎児輸血症例の一覧（実施年月日、手術名、患者の性別、年齢、主病名）を別添2の様式52により添付すること。
- 5 「2」から「4」の常勤医師の勤務時間について、就業規則等に定める週あたりの所定労働時間（休憩時間を除く労働時間）を記入すること。
- 6 「6」について、「無」の場合は「7」を記載すること。

**輸血管理料、輸血適正使用加算及び貯血式自己血輸血管理体制加算の施設基準
に係る届出(報告)書添付書類**

1 届出する区分 (該当するものそれぞれに○を 付すこと)	輸血管理料Ⅰ ・ 輸血管理料Ⅱ ・ 輸血適正使用加算 ・ 貯血式自己血輸血管理体制加算	
2 輸血部門における(専任)常勤医師の氏名		
3 輸血部門における常勤臨床検査技師の氏名等		
氏 名		
		専任 ・ 専従
		専任 ・ 専従
		専任 ・ 専従
4 輸血部門における臨床検査技師の勤務状況		
日勤 名、 当直 名		
5 輸血部門における輸血用血液製剤等の管理状況		
輸血用血液製剤の一元管理	実施している ・ 実施していない	
アルブミン製剤の一元管理	実施している ・ 実施していない	
6 輸血用血液検査を常時実施できる体制		
		あり ・ なし
7 輸血療法委員会の開催状況及び取組状況		
年間開催回数	回 / 年	
取組内容		
8 輸血に係る副作用監視体制		
輸血前後の感染症検査	実施している ・ 実施していない	
輸血前の検体の保存	保存している ・ 保存していない	
9 「輸血療法の実施に関する指針」及び「血液製剤の使用指針」の遵守状況		
遵守している		・ 遵守していない
10 新鮮凍結血漿、赤血球濃厚液及びアルブミン製剤の使用状況		
①赤血球濃厚液(MAP)の使用量		単位
②新鮮凍結血漿(FFP)の全使用量		単位
③血漿交換療法における新鮮凍結血漿(FFP)の使用量		単位
④アルブミン製剤の使用量		単位
⑤血漿交換療法におけるアルブミン製剤の使用量		単位
FFP/MAP比 (② - ③/2) / ① =		
アルブミン/MAP比 (④ - ⑤) / ① =		
11 自己血輸血に関する常勤の責任医師の氏名		
12 自己血輸血に関する常勤の看護師の氏名		

[記載上の注意]

- 1 「4」の臨床検査技師の勤務状況について具体的にわかるものを添付すること。
- 2 「6」の輸血用血液検査とは以下の検査のことを指す。
A B O血液型、R h (D) 血液型、血液交叉試験又は間接C o o m b s 検査、不規則抗体検査
- 3 「7」の輸血療法委員会の開催状況及び取組状況については、血液製剤の使用実態の報告等、症例検討を含む適正使用推進方策の検討、輸血療法に伴う事故・副作用・合併症の把握方法と対策等、その取組内容について記載すること。また、輸血療法委員会の目的、構成員、開催回数等を記載した輸血療法委員会の設置要綱等を添付すること。
- 4 「10」のアルブミン製剤の使用量は、使用重量(g)を3で除して得た値を単位数とする。また、自己血輸血については、輸血量 200mLを赤血球濃厚液1単位相当とみなし、赤血球濃厚液の使用量として計上すること。さらに、新鮮凍結血漿については、輸血量 120mLを1単位相当とみなす。
- 5 「11」について自己血輸血に関する常勤責任医師の認定証の写しを添付すること。
- 6 「12」について自己血輸血に関する常勤看護師の認定証の写しを添付すること。

強度変調放射線治療（IMRT）の施設基準に係る届出書添付書類

1 届出種別			
・新規届出（実績期間 年 月～ 年 月） ・再度の届出（実績期間 年 月～ 年 月）			
2 標榜診療科（施設基準に係る標榜科名を記入すること。）			
科			
3 放射線治療を専ら担当する常勤医師の氏名等 ※ 非常勤医師を組み合わせた場合を含む			
常勤 換算	医師の氏名	勤務時間	放射線治療の経験年数
☐		時間	年
☐		時間	年
☐		時間	年
4 常勤診療放射線技師の氏名等			
常勤診療放射線技師の氏名		勤務時間	放射線治療の経験年数
		時間	年
		時間	年
5 放射線治療における機器の精度管理、照射計画の検証、照射計画補助作業等を専ら担当する者の氏名等			
担当者の氏名		職種	勤務時間
			時間
			時間
6 強度変調放射線治療（IMRT）の実施症例数			
例			
7 当該治療を行うために備えつけている機器の名称等			
・直線加速器（名称） ・治療計画用CT装置（名称） ・インバースプラン（逆方向治療計画）の可能な三次元放射線治療計画システム（名称） ・照射中心に対する患者の動きや臓器の体内移動を制限する装置（名称） ・平面上の照射強度を変化させることができる装置（名称） ・微小容量電離箱線量計又は半導体線量計（ダイヤモンド線量計を含む。）及び併用する水ファントム又は水等価個体ファントム（名称） ・二次元以上で相対的な線量分布を測定・比較できる機器（名称）			

[記載上の注意]

- 1 「1」は特掲診療料施設基準通知2の4の(3)に定めるところによるものであること。
- 2 「3」、「4」及び「5」の常勤医師、常勤診療放射線技師及び担当者の勤務時間について、就業規則等に定める週あたりの所定労働時間(休憩時間を除く労働時間)を記入すること。なお、「3」について、週3日以上常態として勤務しており、かつ、所定労働時間が週22時間以上の勤務を行っている非常勤医師を組み合わせ配置している場合には、当該医師の「常勤換算」の□に「√」を記入すること。
- 3 「6」は、新規届出の場合には実績期間内に5例以上、再度の届出の場合には実績期間内に10例以上が必要であること。また、当該実施症例一覧(実施年月日、患者性別、年齢、主病名)を別添2の様式52により添付すること。
- 4 当該医療機関における強度変調放射線治療(IMRT)に関する機器の精度管理に関する指針及び線量測定等の精度管理に係る記録の保存・公開に関する規定がわかるもの(様式任意)を添付すること。

調剤基本料の施設基準に係る届出書添付書類

1 当該保険薬局における調剤基本料の区分 (「参考」を踏まえ、いずれかに○を付ける)	()	調剤基本料 1
	()	調剤基本料 2
	()	調剤基本料 3 - イ
	()	調剤基本料 3 - ロ
	()	特別調剤基本料 (調剤基本料の「注 2」)
2 届出の区分 (該当する項目の□に「☑」を記入する)		
□	新規指定に伴う新規届出 (遡及指定が認められる場合を除く)	
		指定日 令和 年 月 日
□	新規指定に伴う届出 (遡及指定が認められる場合)	
□	調剤基本料の区分変更に伴う届出	
□	その他 ()	
3 調剤基本料の注 1 ただし書への該当の有無 (医療資源の少ない地域に所在する保険薬局)		☐ あり (様式 87 の 2 の添付が必要) ☐ なし
4 保険医療機関と不動産取引等その他の特別な関係の有無 (特別調剤基本料関係)		
特別な関係を有する保険医療機関名 ^{注 1}		名称 :
注 1 アからエまでのいずれかで「あり」に☑がある場合に記載		☐ 病院 ☐ 診療所
ア	保険医療機関と不動産の賃貸借取引	☐ なし ☐ あり ^{注 2}
イ	保険医療機関が譲り渡した不動産の利用	☐ なし ☐ あり ^{注 2}
ウ	保険薬局が所有する設備の貸与	☐ なし ☐ あり
エ	保険医療機関による開局時期の指定	☐ なし ☐ あり ^{注 2}
注 2 病院と平成 28 年 10 月 1 日以降に開局した保険薬局との間でア、イ又はエの関係がある場合、若しくは診療所と平成 30 年 4 月 1 日以降に開局した保険薬局 (同一建物内に診療所が所在している場合を除く。)との間でア、イ又エの関係がある場合に「あり」に☑		
5 同一グループ内の処方箋受付回数等 (調剤基本料 3 関係)		
ア	薬局グループへの所属の有無	☐ 所属していない (個店) →「6」へ ☐ 所属している
イ	所属するグループ名	
ウ	1 月当たりの同一グループ内の処方箋受付回数の合計 (①)	回
エ	特定の保険医療機関との不動産の賃貸借取引の有無	☐ なし ☐ あり

6 処方箋の受付回数及び集中率等

期間： 年 月 ～ 年 月 (ヶ月間②)

(1) 全処方箋受付回数等

ア 全処方箋受付回数 (③)	回
イ アのうち、主たる保険医療機関からの処方箋受付回数 (④)	回
ウ 主たる保険医療機関名	
エ 処方箋集中率 (%) (⑤)	%

(2) 同一建物内にある保険医療機関の有無等 (調剤基本料 2 関係)

ア 同一建物内の保険医療機関の有無	☐ なし → 「(3)」へ ☐ あり
イ 同一建物内の保険医療機関数 (⑥)	施設
ウ イの保険医療機関からの処方箋受付回数の合計 (⑦)	回

(3) 主たる保険医療機関が同一のグループ内の他の保険薬局の有無等 (調剤基本料 2 関係)

ア 主たる保険医療機関が同一であるグループ内の他の保険薬局の有無	☐ なし → 記載終了 ☐ あり
イ 主たる保険医療機関が同一であるグループ内の他の保険薬局数 (⑧)	施設
ウ イの保険薬局における主たる保険医療機関からの処方箋受付回数の合計 (⑨)	回
エ ④と⑨を合計した処方箋受付回数 (⑩)	回

(参考)

調剤基本料の区分については、以下の A から D に基づき判定し、表の「1」に該当する区分に○をつける。ただし、実績が判定されるまではそれぞれの項目について、該当しないものとして取り扱う。

A 医療資源の少ない地域に所在する保険薬局への該当性（表の「3」の「あり」に☑）

該当 → 調剤基本料 1 に該当

該当しない → B へ

B 特別調剤基本料への該当性

・ 保険医療機関と特別な関係にない（表の「4」でいずれも「なし」に☑）

→ C へ

・ 保険医療機関と特別な関係があり（表の「4」のいずれかの「あり」に☑）、かつ、処方箋集中率（表の⑤）が 70% を超える

該当 → 特別調剤基本料に該当

該当しない → C へ

C 調剤基本料 3 への該当性

・ 薬局グループに所属していない（表の「5」のアの「所属していない（個店）」に☑）

→ D-1 へ

・ 同一グループの 1 月当たりの処方箋受付回数（表の①）が、

・ 3 万 5 千回以下 → D-1 へ

・ 3 万 5 千回を超え、4 万回以下 → C-1 へ

・ 4 万回を超え、40 万回以下 → C-2 へ

・ 40 万回を超える → C-3 へ

C-1 グループ内の 1 月当たりの処方箋受付回数：3 万 5 千回を超え、4 万回以下

・ 次のいずれかに該当 → 調剤基本料 3 イに該当

・ 保険医療機関との不動産賃貸借取引がある（表の「5」のエの「あり」に☑）

・ 処方箋集中率（表の⑤）が 95% を超える

・ いずれにも該当しない → D-1 へ

C-2 グループ内の 1 月当たりの処方箋受付回数：4 万回を超え、40 万回以下

・ 次のいずれかに該当 → 調剤基本料 3 イに該当

・ 保険医療機関との不動産賃貸借取引がある（表の「5」のエの「あり」に「☑」）

・ 処方箋集中率（表の⑤）が 85% を超える

・ いずれにも該当しない → D-1 へ

C-3 グループ内の1月あたりの処方箋受付回数：40万回を超える

- ・ 次のいずれかに該当 → 調剤基本料3 に該当
 - ・ 保険医療機関との不動産賃貸借取引がある（表の「5」のエの「あり」に「☒」）
 - ・ 処方箋集中率（表の⑤）が85%を超える
- ・ いずれにも該当しない → D-1へ

D-1 調剤基本料2への該当性①

- ・ 1つの保険医療機関からの1月あたりの処方箋受付回数（表の④）：4,000回を超える
該当 → 調剤基本料2に該当
該当しない → D-2へ

D-2 調剤基本料2への該当性②

- ・ 同一建物内に保険医療機関がない（表の「6」の（2）のアの「なし」に「☒」）
→ D-3へ
- ・ 同一建物内に保険医療機関がある（表の「6」の（2）のアの「あり」に「☒」）
 - ・ 当該保険医療機関からの1月あたりの処方箋受付回数（表の⑦/②）：4,000回を超える
該当 → 調剤基本料2に該当
該当しない → D-3へ

D-3 調剤基本料2への該当性③

- ・ 主たる保険医療機関が同一であるグループ内の他の保険薬局がない（表の「6」の（3）のアの「なし」に「☒」）
→ D-4へ
- ・ 主たる保険医療機関が同一であるグループ内の他の保険薬局がある（表の「6」の（3）のアの「あり」に「☒」）
 - ・ 当該保険医療機関からの1月あたりの処方箋受付回数の合計（表の⑩/②）：4,000回を超える
該当 → 調剤基本料2に該当
該当しない → D-4へ

D-4 調剤基本料2への該当性④

- ・ 次のいずれかに該当 → 調剤基本料2に該当
 - 1月あたりの処方箋受付回数（表の③/②）及び処方箋集中率（表の⑤）がそれぞれ、
 - ・ 4,000回を超え、かつ、70%を超える
 - ・ 2,000回を超え、かつ、85%を超える
 - ・ 1,800回を超え、かつ、95%を超える
- いずれにも該当しない → 調剤基本料1に該当

[記載上の注意]

- 1 「2」については、保険薬局の新規指定（遡及指定が認められる場合を除く。）の場合は、指定日の属する月の翌月から3ヶ月間の実績から、調剤基本料の区分が調剤基本料1から変更になる場合は届出が必要になることに注意する。
- 2 「2」については、「その他」に☑を記入した場合は、理由を記載する。
- 3 「2」については、令和2年度改定に伴い新たに区分変更の届出を行う場合には、「その他」に☑を記入し、「令和2年度改定に伴う届出」と記載する。
- 4 「3」については、注1ただし書に該当する保険薬局の場合においては、「あり」に☑を記入し、様式87の2を添付する。
- 5 「4」については、「特掲診療料の施設基準等及びその届出に関する手続きの取扱いについて」（令和2年3月5日保医発0305第3号 以下「特掲診療料施設基準通知」という。）の別添1の第90により判断する。
- 6 「5」については、グループ内で統一したグループ名を記載すること。また、1月当たりの処方箋受付回数の合計は、当年2月末時点でグループに属している保険薬局の③／②の値（小数点以下は四捨五入）を合計した値を記載すること。
- 7 「5」のエについては、特掲診療料施設基準通知の別添1の第88の2の（9）により判断する。
- 8 「6」については、処方箋の受付回数は次の処方箋を除いた受付回数を記載する。
 - ア 時間外加算、休日加算若しくは深夜加算又は夜間・休日等加算を算定した処方箋
 - イ 在宅患者訪問薬剤管理指導料、在宅患者緊急訪問薬剤管理指導料又は在宅患者緊急時等共同指導料の基となる調剤に係る処方箋（ただし、在宅患者訪問薬剤管理指導料の処方箋については、単一建物診療患者が1人の場合の処方箋については受付回数の計算に含める。）
 - ウ 居宅療養管理指導費又は介護予防居宅療養管理指導費の基となる調剤に係る処方箋（ただし、単一建物居住者が1人の場合の処方箋については受付回数の計算に含める。）
- 9 「6」の⑤については、同一グループの保険薬局の勤務者及びその家族の処方箋を除外した上で、④／③にて算出する。
- 10 「6」の⑥について、主たる保険医療機関が同一建物内にある場合は、当該保険医療機関を含めた数を記載する。また、⑦については、④を含めて記載する。

様式 87 の 2

調剤基本料の注 1 ただし書に規定する施設基準に係る届出書

1 基本診療料の施設基準等の別表第 6 の 2 に所在する保険薬局である		☐
2 全処方箋の受付回数並びに主たる保険医療機関に係るものの受付回数及びその割合 期間： 年 月 ～ 年 月 (ヶ月間)		
ア 1 月あたりの平均処方箋受付回数		回
イ 主たる医療機関に係る処方箋の集中度		%
ウ 主たる保険医療機関名		
許可病床数（病院の場合のみ記載）		床
所在地が当該保険薬局の所在する中学校区内か否か		☐ 該当 ☐ 非該当
3 当該保険薬局の所在する中学校区における医療機関の情報		
保険医療機関名		許可病床数（病院のみ記載）
(1)		床
(2)		床
(3)		床
(4)		床
(5)		床
(6)		床
(7)		床
(8)		床
(9)		床
(10)		床
4 特定の区域内の許可病床数 200 床以上の医療機関の有無		☐ あり ☐ なし
5 特定の区域内の保険医療機関数		

[記載上の注意]

- 「1」については、「基本診療料の施設基準等及びその届出に関する手続きの取扱いについて」（令和 2 年 3 月 5 日保医発 0305 第 2 号）の別添 3 の別紙 2 を参照すること。
- 「2」については、調剤報酬点数表の区分番号 00 に掲げる調剤基本料に係る届出書添付書類に準じるものとする。
- 「3」の保険医療機関名については、当該保険薬局が所在する中学校区内に所在しているすべての保険医療機関名と許可病床数を記載すること。ただし、病院以外の保険医療機

関については許可病床数の記載は不要とする。

- 4 「4」及び「5」については、原則として、「特定の区域内」は当該保険薬局の所在する中学校区として記載する。ただし、「2」の主たる保険医療機関が当該保険薬局の所在する中学校区内に所在しない場合でも、当該保険医療機関に係る処方箋の集中率が70%以上である場合は、当該保険医療機関は特定の区域内にあるものとして記載する。
- 5 当該届出にあたっては、当該保険薬局の所在する中学校区の地名がわかる資料を添付する。

様式 87 の 3 の 3

地域支援体制加算の施設基準に係る届出書添付書類
(調剤基本料 1 以外を算定する保険薬局用)

1 保険薬局の常勤薬剤師数		
週 32 時間以上勤務する保険薬剤師数 (①)		人
週 32 時間に満たない保険薬剤師の常勤換算数 (②)		人
常勤換算した保険薬剤師数 (①+②)		人
2 各基準の実績回数 ※以下の(1)から(9)までの9つの基準のうち8つ以上を満たす必要がある。		
薬剤師 1 人当たりの基準 (1 年間の各基準の算定回数) 期間: 年 月 ~ 年 月	各基準に常勤換算した保険薬剤師数を乗じて得た回数	保険薬局における実績の合計
(1) 時間外等加算及び夜間・休日等加算 (400 回/人)	回	回
(2) 麻薬の調剤回数 (10 回/人)	回	回
(3) 重複投薬・相互作用等防止加算及び在宅患者重複投薬・相互作用等防止管理料 (40 回/人)	回	回
(4) かかりつけ薬剤師指導料及びかかりつけ薬剤師包管理料 (40 回/人)	回	回
(5) 外来服薬支援料 (12 回/人)	回	回
(6) 服用薬剤調整支援料 (1 回/人)	回	回
(7) 単一建物診療患者が 1 人の場合の在宅患者訪問薬剤管理指導料、在宅患者緊急訪問薬剤管理指導料、在宅患者緊急時等共同指導料、介護保険における居宅療養管理指導費及び介護予防居宅療養管理指導費 (12 回/人)	回	回
(8) 服薬情報等提供料等 (60 回/人)	回	回
保険薬局当たりの基準	保険薬局における実績の合計	
(9) 薬剤師認定制度認証機構が認証している研修認定制度等の研修認定を取得した保険薬剤師が地域の多職種と連携する会議の出席回数 (5 回/保険薬局)	回	

[記載上の注意]

- 「1」の「常勤薬剤師数」は届出前 3 月間の勤務状況に基づき、以下により算出する。
 - ・当該保険薬局における実労働時間が週 32 時間以上である保険薬剤師は 1 名とする。
 - ・当該保険薬局における実労働時間が週 32 時間に満たない保険薬剤師は、以下により算出する。

当該保険薬局における週 32 時間に満たない保険薬剤師の実労働時間の合計 (時間/3 月)

$$\frac{\text{32 (時間/週)} \times 13 \text{ (週/3 月)}}{\text{32 (時間/週)} \times 13 \text{ (週/3 月)}}$$

- 「1」の②の計算については、小数点第二位を四捨五入して小数点第一位まで求める。
- 「2」の合計算定回数欄には当該保険薬局が「2」に記載されている期間における、それぞれ

れの実績の合計を記載すること。

4 「2」の(1)から(8)の実績の範囲は以下のとおり。

- (1)①時間外等加算：調剤料の「注4」の時間外加算、②夜間・休日等加算：調剤料の「注5」の夜間・休日等加算
- (2)麻薬の調剤回数：調剤料の「注3」の麻薬を調剤した場合に加算される点数
- (3)①重複投薬・相互作用等防止加算（薬剤服用歴管理指導料の「注4」、かかりつけ薬剤師指導料の「注3」）、②在宅患者重複投薬・相互作用等防止管理料
- (4)①かかりつけ薬剤師指導料、②かかりつけ薬剤師包括管理料
- (5)外来服薬支援料
- (6)服用薬剤調整支援料：服用薬剤調整支援料1及び2
- (7)以下における、単一建物診療患者に対する算定実績。なお、在宅協力薬局として連携した場合や同等の業務を行った場合を含む（同一グループ薬局に対して業務を実施した場合を除く）。
 - ①在宅患者訪問薬剤管理指導料、②在宅患者緊急訪問薬剤管理指導料、③在宅患者緊急時等共同指導料、④介護保険における居宅療養管理指導費、⑤介護保険における介護予防居宅療養管理指導費
- (8)服薬情報等提供料及びそれに相当する業務の算定実績。なお、「相当する業務」とは、以下の①から⑤をいう。
 - ①薬剤服用歴管理指導料の「注7」の特定薬剤管理指導加算2、②薬剤服用歴管理指導料の「注9」の吸入薬指導加算、③薬剤服用歴管理指導料の「注10」の調剤後薬剤管理指導加算、④服用薬剤調整支援料2、⑤かかりつけ薬剤師指導料又はかかりつけ薬剤師包括管理料を算定している患者に対し、①から④に相当する業務を実施した場合

5 「2」の(9)については、出席した会議の名称（具体的な名称がない場合は、その内容を簡潔に説明することで差し支えない。）及び参加日のリストを別に添付すること。なお、出席した会議が複数ある場合、最大でも10までの記載とすること。

6 届出に当たっては、様式87の3を併せて提出すること。

人工腎臓の施設基準に係る届出書添付書類

届出に係る区分 (いずれかに○をつける)	()	慢性維持透析を行った場合 1
	()	慢性維持透析を行った場合 2

1 届出の区分 (該当する項目の□に「レ」を記入する) ☐ 新規届出 ☐ 区分変更に伴う届出 ☐ その他 ()		
2 透析用監視装置 1 台あたりの区分番号「J038」人工腎臓を算定した患者数 期間: 年 月 ~ 年 月 (ヶ月間) 上記期間の各月はじめの人工腎臓を行う日の透析用監視装置の 台数の合計 (①)		
		台
上記期間の各月の区分番号「J038」人工腎臓を算定した 患者数の合計 (②)		人
透析用監視装置 1 台あたりの区分番号「J038」人工腎臓 を算定した患者数 (②/①) (③)		人
3 透析機器安全管理委員会の設置状況	有 ・ 無	
	職 種	氏 名
(1) 透析液安全管理者 (専任の医師又は専任の臨床工学技士) の職種及び氏名		
(2) 透析液製造担当者の職種及び氏名		
(3) 品質管理者の職種及び氏名		
(4) 機器・設備管理担当者の職種及び氏名		
4 慢性維持透析を行った場合の区分については、以下に基づき判定し、該当する区分に○をつける。 (1) ①を上記期間の月数で除した値が 26 台未満 → 慢性維持透析を行った場合 1 ①を上記期間の月数で除した値が 26 台以上 → (2) へ (2) ③が 3.5 未満 → 慢性維持透析を行った場合 1 ③が 3.5 以上 4.0 未満 → 慢性維持透析を行った場合 2		

[記載上の注意]

- 1 「2」の①については、次のいずれも満たす透析用監視装置の台数により求めること。
 - ア 透析室に配置されていること
 - イ 患者に対して使用できる状態であること
- 2 「2」の②については、①が26台未満の場合にあっては記載する必要はないこと。
- 3 「2」の②については、区分番号「J038」人工腎臓の「1」から「3」を算定した患者（外来患者に限る。）のうち、外来で人工腎臓を実施した回数が当該月において5回以下の患者を除いて求めること。
- 4 透析液安全管理者は、医療機器安全管理責任者を兼任できること。
- 5 品質管理者は、透析に携わる医師又は透析液の品質管理に十分な経験と知識を有する者であること。
- 6 透析機器安全管理委員会において作成した「管理計画」の写しを添付すること。

経皮的僧帽弁クリップ術の施設基準に係る届出書

1 届出種別					
・ 新規届出 (実績期間 年 月～ 年 月)					
・ 再度の届出 (実績期間 年 月～ 年 月)					
2 標榜診療科 (施設基準に係る標榜科名を記入すること。)					
					科
3 経皮的冠動脈形成術の年間実施症例数					例
4 経食道心エコー検査の年間実施症例数					例
5 当該診療科の医師の氏名等					
医師の氏名	勤務の態様	勤務時間	診療科名	当該診療科 の経験年数	心血管インターベンシ ョンに関する経験年数
	常勤・非常勤	時間		年	年
	常勤・非常勤	時間		年	年
	常勤・非常勤	時間		年	年
	常勤・非常勤	時間		年	年
	常勤・非常勤	時間		年	年
	常勤・非常勤	時間		年	年

[記載上の注意]

- 「1」は、特掲施設基準通知第2の4の(3)に定めるところによるものであること。
- 「3」については、経皮的冠動脈形成術は100例以上必要であること。また、当該手術症例の一覧(実施年月日、手術名、患者の性別、年齢、主病名)を別添2の様式52により添付すること。
- 「4」については、経食道心エコー検査は100例以上必要であること。また、当該手術症例の一覧(実施年月日、手術名、患者の性別、年齢、主病名)を別添2の様式52により添付すること。
- 「5」の医師の勤務時間について、就業規則等に定める週あたりの所定労働時間(休憩時間を除く労働時間)を記入すること。
- 関係学会より認定された施設であることを証する文書の添付すること。

バルーン閉塞下逆行性経静脈的塞栓術の施設基準に係る届出書添付書類

1 標榜診療科（施設基準に係る標榜科名を記入すること。）			
科			
2 バルーン閉塞下逆行性経静脈的塞栓術を術者として合わせて5例以上実施した経験を有する常勤の医師の氏名等			
常勤医師の氏名	勤務時間	術者としての経験症例数	
	時間	例	
	時間	例	
	時間	例	
3 消化器内科の5年以上の経験及び消化管内視鏡検査について5年以上の経験を有する常勤の医師の氏名等			
常勤医師の氏名	勤務時間	消化器内科の経験年数	消化管内視鏡検査の経験年数
	時間	年	年
	時間	年	年
4 放射線科の経験を5年以上有する常勤の医師の氏名等			
常勤医師の氏名	勤務時間	放射線科の経験年数	
	時間	年	
	時間	年	
3 緊急手術が可能な体制 （有 ・ 無）			

〔記載上の注意〕

- 「2」については、当該手術の症例一覧（実施年月日、手術名、患者の性別、年齢、主病名）を別添2の様式52により添付すること。
- 「2」、「3」及び「4」の常勤医師の勤務時間について、就業規則等に定める週あたりの所定労働時間（休憩時間を除く労働時間）を記入すること。
- 当該届出は、病院である保険医療機関のみ可能であること。

胸腔鏡下肺悪性腫瘍手術（肺葉切除又は1肺葉を超えるもので、内視鏡手術用支援機器を用いる場合）の施設基準に係る届出書添付書類

1 届出種別			
・新規届出（実績期間 年 月～ 年 月） ・再度の届出（実績期間 年 月～ 年 月）			
2 胸腔鏡下肺悪性腫瘍手術（内視鏡手術用支援機器を用いる場合）を術者として10例以上実施した経験を有する常勤医師の氏名等	常勤医師の氏名	勤務時間	当該手術の術者としての経験症例数
		時間	例
		時間	例
3 当該医療機関における肺悪性腫瘍に係る手術の年間実施症例数			
例 そのうち、胸腔鏡下手術（内視鏡手術用支援機器を用いる場合を含む。）の年間実施症例数			
例			
4 標榜診療科（施設基準に係る標榜科名を記入すること。）			
科 科			
5 呼吸器外科の常勤医師の氏名等（呼吸器外科について5年以上の経験及び専門的知識を有する者が2名以上、そのうち10年以上の経験を有する者が1名以上）	常勤医師の氏名	勤務時間	呼吸器外科の経験年数
		時間	年
		時間	年
		時間	年
6 緊急手術が可能な体制（有 ・ 無）			
7 常勤の臨床工学技士の氏名			
8 保守管理の計画（有 ・ 無）			

[記載上の注意]

- 1 「１」は特掲診療料施設基準通知第２の４の（３）に定めるところによるものであること。
- 2 「２」及び「５」の常勤医師の勤務時間について、就業規則等に定める週あたりの所定労働時間（休憩時間を除く労働時間）を記入すること。
- 3 「２」及び「３」については、当該手術症例一覧（実施年月日、手術名、患者の性別、年齢、主病名）を別添２の様式 52 により添付すること。
- 4 「８」について、当該手術に用いる機器の保守管理の計画書を添付すること。
- 5 当該届出は、病院である保険医療機関のみ可能であること。

腹腔鏡下直腸切除・切断術（内視鏡手術用支援機器を用いる場合）の
施設基準に係る届出書添付書類

1 届出種別 ・新規届出（実績期間 年 月～ 年 月） ・再度の届出（実績期間 年 月～ 年 月）				
2 腹腔鏡下直腸切除・切断術（内視鏡手術用支援機器を用いる場合）を術者として10例以上実施した経験を有する常勤医師の氏名等	常勤医師の氏名	勤務時間	診療科	当該手術の術者としての経験症例数
		時間		例
		時間		例
3 当該医療機関における直腸切除・切断術又は腹腔鏡下直腸切除・切断術（内視鏡手術用支援機器を用いる場合を含む。）の年間実施症例数 例 そのうち、腹腔鏡下直腸切除・切断術（内視鏡手術用支援機器を用いる場合を含む。）の年間実施症例数 例				
4 標榜診療科（施設基準に係る標榜科名を記入すること。） 科 科 科 科				
5 外科又は消化器外科の常勤医師の氏名等（外科又は消化器外科について5年以上の経験を有する者が2名以上、そのうち10年以上の経験を有する者が1名以上）	常勤医師の氏名	勤務時間	診療科名	当該診療科の経験年数
		時間		年
		時間		年
6 緊急手術が可能な体制 （ 有 ・ 無 ）				
7 常勤の臨床工学技士の氏名				
8 保守管理の計画 （ 有 ・ 無 ）				

[記載上の注意]

- 1 「１」は特掲診療料施設基準通知第２の４の（３）に定めるところによるものであること。
- 2 「２」及び「５」の常勤医師の勤務時間について、就業規則等に定める週あたりの所定労働時間（休憩時間を除く労働時間）を記入すること。
- 3 「２」及び「３」については、当該症例一覧（実施年月日、手術名、患者の性別、年齢、主病名）を別添２の様式 52 により添付すること。
- 4 「８」について、当該手術に用いる機器の保守管理の計画書を添付すること。
- 5 当該届出は、病院である保険医療機関のみ可能であること。

性同一性障害の患者に対して行う手術の施設基準に係る届出書添付書

1 標榜する診療科				
2 関連学会の認定を有する常勤又は非常勤の医師				
医師の氏名	勤務時間	勤務の態様	経験年数	
	時間	常勤・非常勤	年	
	時間	常勤・非常勤	年	
3 当該保険医療機関における、医科点数表第2章第10部手術の通則4（性同一性障害の患者に対して行うものに限る。）に掲げる手術の実施症例数				
例				
4 医科点数表第2章第10部手術の通則4（性同一性障害の患者に対して行うものに限る。）に掲げる手術を20例以上実施した経験を有する関連学会認定の常勤医師				
診療科名	常勤医師の氏名	勤務時間	当該手術の 経験症例数	当該診療科 の経験年数
		時間	例	年
		時間	例	年
5 関連学会のガイドラインを遵守していること ☐				

〔記載上の注意〕

- 「1」の標榜する診療科については、施設基準にかかる診療科であること。
- 「2」については、医師が関係学会による認定を受けたことを証明する書類の写しを添付すること。
- 「3」及び「4」については、いずれか一方を記載すればよいこと。また、当該手術症例一覧を別添2の様式52により添付すること。
- 「2」及び「3」の医師の勤務時間について、就業規則等に定める週あたりの所定労働時間（休憩時間を除く労働時間）を記入すること。

**遺伝性乳癌卵巣癌症候群の患者に対して行う手術の施設基準に係る
届出書添付書類**

1 届出する術式について（該当する部分に○をつける）				
・ 乳房切除術 ・ 子宮附属器腫瘍摘出術				
2 標榜診療科名（施設基準に係る標榜科名を記入すること。）				科
3 乳腺外科の専門的な研修の経験を5年以上有する常勤医師の氏名等				
診療科名	常勤医師の氏名	勤務時間	当該診療科の専門的な研修の経験年数	所定の研修修了年月日
		時間	年	
		時間	年	
		時間	年	
4 産婦人科及び婦人科腫瘍の専門的な研修の経験を6年以上有する常勤医師の氏名等				
診療科名	常勤医師の氏名	勤務時間	当該診療科の専門的な研修の経験年数	所定の研修修了年月日
		時間	年	
		時間	年	
		時間	年	
5 臨床遺伝学の診療に係る経験を3年以上有する常勤医師の氏名等				
診療科名	常勤医師の氏名	勤務時間	臨床遺伝学の診療の経験年数	
		時間	年	
		時間	年	
6 乳房MRI加算の施設基準に係る届出 (有 ・ 無)				
7 遺伝カウンセリング加算の施設基準に係る届出 (有 ・ 無)				
8 麻酔科標榜医の氏名				
9 病理部門の病理医氏名				

〔記載上の注意〕

- 1 「3」から「5」の常勤医師の勤務時間について、就業規則等に定める週あたりの所定労働時間（休憩時間を除く労働時間）を記入すること。
- 2 「3」及び「4」について、医師の医療関係団体が主催する遺伝性乳癌卵巣癌症候群に関する研修の修了を証する文書の写しを添付すること。
- 2 「8」について、麻酔科標榜許可書の写しを添付すること。

在宅患者調剤加算の施設基準に係る届出書添付書類

1	在宅患者訪問薬剤管理指導に係る届出	☐ あり
2	開局時間以外の時間における調剤応需体制の整備状況	☐ あり
3	在宅業務実施体制に係る周知の状況 （周知方法）（対応方法に☑をすること。） ☐ 薬局機能情報提供制度を通じて周知している。 ☐ 地域の薬剤師会を通じて周知している。 ☐ その他（具体的に記入）	
4	在宅業務に必要な体制の整備状況 在宅業務に関する職員等研修の実施実績及び計画 ☐ あり 外部の学術研修の受講 ☐ あり	
5	医療材料及び衛生材料の供給に必要な整備状況	☐ あり
6	在宅患者に対する薬学的管理及び指導の実施状況（届出時の直近一年間） 期間： 年 月 ～ 年 月 在宅患者に対する薬学的管理及び指導の実施状況 算定回数： 回 （実施患者数： ） 在宅患者訪問薬剤管理指導料（医療保険） 算定回数： 回 （実施患者数： ） 居宅療養管理指導費及び介護予防居宅療養管理指導費（介護保険） 算定回数： 回 （実施患者数： ）	
7	麻薬小売業者免許証の番号	

[記載上の注意]

- 「2」については、開局時間以外の時間における調剤応需体制について患者等に交付する文書（他の保険薬局と連携の場合にはその名称・所在地・電話番号等を記載）の見本を添付すること。
- 「3」については、在宅業務実施体制に係る周知先の名称、及びその周知方法等を記載すること。
- 「4」については、当該保険薬局における職員等に対する研修実施計画及び実施実績等を示す文書を添付すること。
- 「6」の算定回数については、届出時の直近1年間で在宅患者訪問薬剤管理指導料及び居宅療養管理指導費及び介護予防居宅療養管理指導費を合算して計10回以上であること。